



Residence  
Elie Gasc

## DOSSIER MEDICAL DE PRE ADMISSION

NOM:                                  prenom:                                  NE(E) LE:                                  SEXE:

MEDECIN TRAITANT:

TEL:

DOSSIER REMPLI LE:

TAMPON:

LA PERSONNE EST ELLE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE?	OUI	NON	NSP
EN EST ELLE INFORMEE?	OUI	NON	NSP
Y ADHERE T'ELLE	OUI	NON	NSP

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

POIDS: .....

TAILLE: .....

<b>ALLERGIES CONNUES</b> ( médicamenteuses, alimentaires)	* * *
<b>VACCINATIONS</b>	<b>TETANOS</b> Date Dernière Injection: <b>PNEUMO 23</b> Date Dernière Injection: <b>GRIPPE Annuelle:</b> OUI                  NON

## LES ANTECEDENTS

<b>MEDICAUX</b> * * * * * * * * *	<b>CHIRURGICAUX</b> * * * * *  <b>PSYCHIATRIQUES</b> * *
--	---

<b>PATHOLOGIES CHRONIQUES EN COURS</b> * * * *	<b>ALD</b>	<b>TRAITEMENTS EN COURS</b> * * * *
<b>SOINS PARA MEDICAUX</b>		<b>PANSEMENTS</b>
		<b>ACTE DE KINE</b>
		<b>AUTRES SOINS</b>

REGIME:      OUI                  LEQUEL:  
                  NON



Résidence  
Elie Gasc

## EVALUATION DES BESOINS

<b>GIR</b>	
<b>MMS</b>	

<b>FONCTIONS SUPERIEURES</b>	EPISODES DE FUGUES	RECENTS ( DE L'ANNEE)	
		ANCIENS	
	ATTEINTE DU LANGUAGE		
	ATTEINTE DE LA MÉMOIRE	LE DIAGNOSTIC A-T-IL ÉTÉ RECHERCHE? LEQUEL?	
	TROUBLES DEPRESSIFS	TROUBLES NEUROLOGIQUES	
	APATHIE	2	
<b>TROUBLE PSYCHO-COMPORTEMENTAL</b>	AGRESSIVITE		AGITATION PSYCHOMOTICE
	OPPOSITION AUX SOINS		TROUBLES DU SOMMEIL
	COMPORTEMENT PERTURBATEUR		DEAMBULATION
	SEUL ET NORMALEMENT		
<b>ALIMENTATION</b>	NECESSITANT UN SURVEILLANCE		
	STIMULER		
	AIDER		
	AVEC RISQUE DE FAUSSE ROUTE		
	SEUL ET NORMALEMENT		
<b>TOILETTE ET HABILLAGE</b>	AVEC SURVEILLANCE		
	NECESSITANT UNE AIDE PARTIELLE		
	NECESSITANT UNE AIDE TOTALE		
	SEUL ET NORMALEMENT		
<b>DEPLACEMENT</b>	AUTONOME (SEUL)	DEAMBULATEUR	
	NON	CANNE DE MARCHÉ	
	AUTONOME (ACCOMPAGNE)	FAUTEUIL ROULANT	
		DESCENDRE QUELQUES MARCHES	
		CHUTE DANS LES TROIS DERNIERS MOIS	
<b>TRANSFERT</b>	AUTONOME (SEUL)		
	NON AUTONOME (AVEC AIDE)	LIT -> FAUTEUIL FAUTEUIL -> DEBOUT VERTICALISATION POSSIBLE TRANSFERT IMPOSSIBLE	
<b>ELIMINATION</b>	CONTINENCE TOTALE	URINAIRE FCALE	GERE SEUL SON INCONTINENCE
	INCONTINENCE		GERE SEUL SON INCONTINENCE
<b>RESPIRATION</b>	SEUL ET NORMALEMENT		
	SOUS O2		
	TRACHEOTOMIE		
<b>SENS</b>	TROUBLE DU GOUT	NON	OUI
	TROUBLE DE L'ODORAT	NON	OUI
	TROUBLE DE L'AUDITION	NON	OUI
	TROUBLE S DE LA VUE	NON	OUI