DOSSIER MEDICAL (à remplir par le médecin traitant)

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance       Prénom(s)

*(suivi, s’il y a lieu par le nom d’usage)*

Date de naissance   /  /

# Motif de la demande d’admission :

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS MEDICAUX (pathologie, allergies…) ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d’administration)

**LA PERSONNE GERE-T-ELLE SES TRAITEMENTS SEULE** OUI NON

**REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE** OUI NON Si oui, préciser

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE** OUI NON

Taille Poids

Kg

cm

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Alcool |  |  |
| Tabac |  |  |
| Sevrage |  |  |

## FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité /Lunettes OUI NON )

Surdité /appareillage OUI NON )

**FONCTIONS MOTRICES** A préciser :

**RISQUE DE CHUTE** : OUI NON

## AUTRES INTERVENANTS SOIGNANTS / PARASOIGNANTS / AIDE A DOMICILE

Kinésithérapie fois/semaine Orthophonie fois/semaine SSIAD fois/semaine Infirmier à domicile fois/semaine Aide à domicile fois/semaine

**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX** OUI NON Si oui, préciser :

(Angoisses, dépression, troubles du sommeil …) Suivi psychologique fois/semaine

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APPAREILLAGES** | OUI NON | |
| Fauteuil roulant |  |  |
| Lit médicalisé |  |  |
| Matelas anti-escarres |  |  |
| Déambulateur |  |  |
| Orthèse |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

**PERSONNE DE CONFIANCE :**  Nom, prénom, coordonnées

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**DIRECTIVES ANTICIPEES : OUI NON**

|  |
| --- |
| COMMENTAIRES, REMARQUES  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

L’état de santé de la personne concernée ne présente pas de contre-indications à son admission en résidence autonomie.

Date   /  /

Signature

Cachet du Médecin