

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

en vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Sexe :  F  M

Date de naissance : / /

## Motif de demande d'admission en structure d'hébergement pour PA

✂ **Motifs :**

Motifs médicaux

Dépendance

Motifs sociaux

Autres : .....

✂ **Orientation souhaitée :**

Foyer logement

EHPAD

Unité de soins longue durée

## Antécédents médicaux – chirurgicaux et allergies

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Etat actuel

✂ **Etat général :**

Poids : ..... Taille : ..... Indice Masse Corporelle : .....

Clairance de la créatinine : ..... ml/min

Dénutrition :  Oui  Non

Ethylisme :  Oui  Non

Tabagisme :  Oui  Non

✂ **Pathologie instables / fragilité (à préciser avec le type de prise en charge) :**

Troubles de déglutition

Pathologies broncho-pulmonaires

Pathologies cardiaques

Cancer évolutif

Pathologies cardiaques

Pathologies neurologiques

Chutes à répétition

Autres

✂ **Etat cutané – escarres et ulcère**

Localisation	Stade	Taille/diamètre

## Dépendance

**Dépendance motrice** (cf grille agir)

### Dépendance sensorielle

- Troubles visuels    ou     cécité                       Troubles auditifs    ou     surdité totale  
 Trouble phasiques    ou     aphasie totale

### Dépendance Physique

Troubles cognitifs :     Oui     Non    Diagnostic : .....    MMS :    /30

	Aucun	Léger	Important		Aucun	Léger	Important
Opposition aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de l'élan vital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportement en collectivité : .....

.....

.....

## Traitements, besoins de soins et aides techniques

### ✦ Médicaments et posologie

Médicaments	Posologie	Médicaments	Posologie
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

✦ Préparer ses médicaments seul :  Oui     Non - Prend ses médicaments seul :  Oui     Non

✦ Régime alimentaire prescrit : .....

✦ Kinésithérapie :  Oui     Non

- ✦ IDE :  Sonde naso gastrique                       Sonde urinaire                       Stomie .....
- Oxygène     Assistance respiratoire                       Trachéotomie
- Dialyse péritonéale    ou     Hémodialyse                       Transfusions itératives
- Pansements – durée : .....
- BMR : Location .....

### ✦ Aides techniques :

- Fauteuil roulant                                       Déambulateur                                       Matériel de transfert  
 Lit médicalisé                                       Matelas (indiquer le type) : .....  
 Périmètre de marche : ..... m                       Autres (appareillage,...) : .....

# Grille AGGIR

(Autonomie G erontologie Iso-Ressources)

Nom : ..... Pr enom : .....

Date de naissance :        /        /

(A : fait seul totalement et habituellement et correctement – B : fait partiellement – C : ne fait pas)

			A	B	C
01	<b>COHERENCE</b>	Conserver et comporter de façon logique et censée			
02	<b>ORIENTATION</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
03	<b>TOILETTE</b>				
	<b>Haut</b>	Concerne l'hygiène corporelle du HAUT (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure)			
	<b>Bas</b>	Concerne l'hygiène corporelle du BAS (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
04	<b>HABILLAGE DESHABILLAGE PRESENTATION</b>				
	<b>Haut</b>	Vêtements passés par les bras et/ou par la tête			
	<b>Moyen</b>	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions			
	<b>Bas</b>	Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures...			
05	<b>ALIMENTATION</b>				
	<b>Se servir</b>	Couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...			
	<b>Manger</b>	Manger les aliments préparés, les porter à la bouche et les avaler			
06	<b>ELIMINATION</b>				
	<b>Urinaire</b>	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
	<b>Anale</b>	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
07	<b>TRANSFERTS</b>	Se lever, se coucher, s'asseoir ; passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens			
08	<b>DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>	Avec ou sans canne, déambulatoire, fauteuil roulant...			
09	<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b>	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...			

**IMPORTANT**

Nous nous réservons le droit de vous réadresser le patient si l'état clinique ne correspond pas aux renseignements

**SECRET MEDICAL**

Dossier médical à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin responsable de l'établissement d'accueil

**Fiche remplie par le Docteur :** .....

**Date :**     /     /

**Signature :**

**Cachet du médecin ou du service :**



**Nom du médecin traitant à domicile :**

.....

**Nom des médecins spécialistes :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Cadre réservé au médecin de l'établissement d'accueil**

**Accord :**     Oui     Non

**Date :**     /     /

**Observations :** .....

.....

.....

.....

**Nom du médecin :** .....

**Signature :**