

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / à

Adresse Personnelle :

Tél :

RÉPONSE À ADRESSER À :

Nom : Prénom :

Adresse Personnelle :

Lien de parenté : Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Adresse :

Tél : Mél :@.....

Pathologies principales :

.....
.....

Dentiste : Date de la dernière visite et/ou bilan buccodentaire :

ALD connue(s) :

1. 2.

Poids :

Etat cutané : Escarres Ulcères Nécessité d'un matelas anti-escarres

Localisation et stade :

Traitements médicamenteux en cours :

1. 2.

3. 4.

5. 6.

7. 8.

Traitements spéciaux (ATU, délivrance hospitalière...) :

.....

Suivi spécifique (psychiatrie, oncologie, neurologie, néphrologie...) :

Prise en charge non médicamenteuse :

Régime :

Kinésithérapie :

Orthophonie :

Autre (O2, pression positive nocturne) :

Possibilités d'évolution :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

GIR (si connu) : **Merci de compléter la fiche page 4**

Transferts :

- Seul(e)
- Avec l'aide d'une personne
- Avec appareil (lève-malade)

Habillage :

- S'habille seul(e)
- Aide partielle
- Aide totale

Continence :

- Continence normale
- Incontinence occasionnelle (urinaire ou fécale)
- Incontinence permanente (urinaire ou fécale)
- Sonde à demeure ou colostom

Toilette :

- Se lave seul(e)
- Aide partielle
- Aide totale

Alimentation :

- Mange seul (e)
- Doit être incité(e) ou installé(e)
- Aide à la prise des repas
- Risque de fausses routes alimentaires
- SNG ou gastrostomie

Déplacements :

- Autonome, sans aide
- Autonome avec aide technique (FR, déambulateur)
- Marche avec l'aide d'une personne
- Ne peux se déplacer

COMPORTEMENT SOCIAL

(Sociabilité – communication – participation aux activités – habitudes alcooliques et/ou tabagiques...)

.....

TROUBLES COGNITIFS

- Troubles mnésiques
- Désorientation temporo-spatiale

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Risque de chute
- Risque de fugue
- Troubles de l'urination
- Déambulation
- Délires ou hallucinations
- Cris
- Perte des convenances sociales
- Précisez :
.....
- Apathie
- Episodes d'agitation
- Diurnes
- Nocturnes
- Episodes d'agressivité
- Lors des soins
- Autres

TROUBLES DU LANGAGE

Précisez :
.....

ETAT SENSORIEL

- Problème visuel handicapant : OUI NON
- Problème auditif gênant le dialogue : OUI NON

REMARQUES PARTICULIERES

.....
.....

Nom du médecin signataire.....

Fait à , le Signature et cachet du médecin

Fournir impérativement le dernier avis d'imposition pour l'étude du dossier.

DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Afin de faciliter la coordination des soins entre tous les professionnels de santé œuvrant dans la prise en charge de nos résidents, notre établissement s'engage dans le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP).

Votre soutien dans cette démarche est essentiel. En effet, sa création ne peut avoir lieu qu'avec votre consentement. A ce titre, vous compléter l'autorisation ci-dessous afin que votre DMP puisse être créé :

Je, soussigné(e) M. / Mme,

- Autorise la création de mon Dossier Médical Partagé (D.M.P.)
- Autorise la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.) du protégé majeur :
- Autorise la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.) de mon parent :
- N'autorise pas la création du Dossier Médical Partagé (D.M.P.)

Sans précision (aucune case cochée), j'ai bien noté que le DMP sera créé par l'établissement.

Signature :

GRILLE AGGIR

Mettre une croix dans A, B ou C

A : Fait spontanément seul, en totalité

B : Fait partiellement, irrégulièrement, incorrectement, ou sur incitation

C : Ne fait pas, ne peut pas, refuse de faire

		A	B	C
COHERENCE	Converser et se comporter de façon logique et censée			
ORIENTATION	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE				
HAUT	Concerne l'hygiène corporelle du haut (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffure)			
BAS	Concerne l'hygiène corporelle du bas (membres inférieurs, pieds, régions intimes)			
HABILLAGE - DESHABILLAGE PRESENTATION				
HAUT	Vêtements passés par les bras et/ou la tête			
MOYEN	Fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions			
BAS	Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures			
ALIMENTATION				
SE SERVIR	Couper la viande, peler un fruit, remplir un verre...			
MANGER	Manger les aliments préparés, les porter à la bouche et les avaler			
ELIMINATION				
URINAIRE	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire			
FCALE	Assumer l'hygiène de l'élimination fécale			
TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir, passer d'une des trois positions à une autre dans les deux sens			
DEPLACEMENTS INTERIEURS	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
DEPLACEMENTS EXTERIEURS	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE	Utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...			

GIR : _____