



DEMANDE D'ADMISSION MEDECINE

Médecin demandeur : Service :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Date de la demande :

ETAT CIVIL

Nom, Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Vit seul En couple A domicile En institution

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE

Médecine Gériatrique

Médecine Nutrition

FICHE MEDICALE

Diagnostic actuel :

Motif de la demande :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitements en cours (merci de joindre l'ordonnance au dossier)



Grille d'Autonomie

ALIMENTATION				ELIMINATION			
Seul		OUI	NON	Continent urinaire		OUI	NON
Aide partielle		OUI	NON	Incontinence urinaire		OUI	NON
Aide totale		OUI	NON	Sonde à demeure		OUI	NON
Sonde gastrique		OUI	NON	Urostomie		OUI	NON
Régime :.....				Continent fécale		OUI	NON
				Incontinence fécale		OUI	NON
				Colostomie		OUI	NON
TOILETTE				HABILLAGE			
Autonome		OUI	NON	Autonome		OUI	NON
Aide partielle		OUI	NON	Aide partielle		OUI	NON
Aide totale		OUI	NON	Aide totale		OUI	NON
MARCHE				TRANSFERT LIT FAUTEUIL			
Seul		OUI	NON	Seul		OUI	NON
Aide d'un tiers		OUI	NON	Aide partielle		OUI	NON
Aide d'un déambulateur		OUI	NON	Aide totale		OUI	NON
Aide de cannes		OUI	NON	Lève malade		OUI	NON
Aide d'un fauteuil roulant		OUI	NON	Guidon de transfert		OUI	NON
COMMUNICATION				COMPORTEMENT			
Vision	NORMALE		ALTEREE	Désorientation		OUI	NON
Audition	NORMALE		ALTEREE	Déambulation		OUI	NON
Expression	NORMALE		ALTEREE	Risque de fugue		OUI	NON
Compréhension	NORMALE		ALTEREE	Agressivité		OUI	NON
				Confusion		OUI	NON

PROJET DE SORTIE

Retour à domicile Recherche EHPAD

Retour foyer logement Retour EHPAD

VALIDATION

Oui Non

Date et Heure d'entrée :

Nom et qualité :