

DOSSIER MEDICAL
d'inscription en accueil de jour
(à remettre sous pli confidentiel)

Personne concernée :

Nom :
Prénoms :
Nom de naissance :
Date et lieu de naissance :
Marié(e) Veuf (ve) Célibataire Divorcé(e) Concubinage
Nombre d'enfants :

Médecin traitant : (nom, prénom, adresse, téléphone)

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

ANTECEDENTS

Merci de nous communiquer avec cette demande les copies des comptes-rendus et des imageries en votre possession

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX GENERAUX :

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

CARDIOLOGIQUES :

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

Nom du médecin..... Téléphone :

NEUROLOGIQUE :

Consultation mémoire : oui non lieu et date de consultation
MMS oui non résultats /30

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

Nom du médecin..... Téléphone :

EXAMEN CLINIQUE

Pouls : TA :

Poids récent :

CARDIOVASCULAIRE ET PULMONAIRE :

.....
.....

ABDOMINO URINAIRE :

.....
.....

PSYCHIATRIQUE :

Troubles de l'humeur et du comportement :

- Désinhibition Apathie Mélancolie Anxiété
- Irritabilité Repli Agitation Euphorie
- Déambulation Labilité émotionnelle Symptomatologie dépressive
- Hallucinations

OPHTALMOLOGIQUE :

Lunettes : oui non

.....
.....

ORL :

Appareil auditif : oui non oreille droite oreille gauche

Troubles du langage : oui non

.....
.....

STOMATO :

Prothèse dentaire : oui non haut bas

.....
.....

ETAT CUTANE :

escarres ulcères maladie dermatologique

RISQUE :

Trouble de l'équilibre oui non

Déambulation oui non

Fugue : oui non

Fausses routes : oui non

Autre à préciser

TRAITEMENT EN COURS

(Ordonnance à joindre impérativement : nom, dosage, posologie, voie d'administration)

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

ALLERGIES: si oui , préciser

.....
.....

VACCINATIONS – TRANSFUSIONS ANTERIEURES :

.....
.....

SUIVI REGULIER PAR UN SPECIALISTE :

.....
.....

AUTRE ET SPECIFICITES A CONNAITRE

.....
.....

DISPOSITIF À DOMICILE À CE JOUR

SOINS INFIRMIERS :

.....
.....

KINESITHERAPIE :

..... fois/jour fois/semaine

ORTHOPHONIE :

..... fois/semaine

VIE EN COMMUNAUTE :

TABAGISME PERSISTANT OUI NON

ETHYLISME PERSISTANT OUI NON

MOTIVATION DE LA DEMANDE D'ADMISSION

- Maintien de l'autonomie
- Maintien du lien social
- Maintien des fonctions cognitives
- Aide aux aidants

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

REMARQUES PARTICULIERES

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

Nom, adresse du Médecin, cachet et signature :

Fait à....., le.....