

COMMUNICATION

- Sans particularité troubles (problème de langage) :
- Appareillage :
- Langue maternelle :

ALLERGIE

En ordre de vaccination contre :

- Le TETANOS : oui non
- Le PNEUMOCOQUE : oui non
- La GRIPPE : oui non

COORDONNEES DE L'EQUIPE SOIGNANTE AU DOMICILE

- Médecin traitant : Nom :
- Adresse :
- N° tél. :
- Infirmier(ère) : Nom :
- Adresse :
- N° tél. :
- Kinésithérapeute : Nom :
- Adresse :
- N° tél. :
- Autre (à préciser) Nom :
- Adresse :
- N° tél. :

Date :

Signature du médecin traitant :



M.R. (MR/152.021.260/AGR) – M.R.S (S 137)

N°entreprise: BE0212368137

CANDIDAT A L'ADMISSION :

NOM :

PRENOM :

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL
à compléter par le médecin traitant

TRAITEMENT ACTUEL

Médicament(s)	Dosage	Heure	Remarque(s)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

REPOS

Qualité du sommeil : sans problème agité insomnie réveils fréquents

Médication n'ayant pas eu l'effet escompté (principalement neuroleptiques) :

-
-
-
-

COMPORTEMENT

bien orienté désorientation : o chaque jour
o de temps en temps

- Difficulté d'expression : pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes :
 jamais de temps en temps Presque chaque jour Continuellement, toujours Impossible à évaluer
- Dérangement verbal : crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant :
 jamais de temps en temps Presque chaque jour Continuellement, toujours Impossible à évaluer
- Perte de notion de bienséance : comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher, ... :
 jamais de temps en temps Presque chaque jour Continuellement, toujours Impossible à évaluer
- Comportement agité : difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto-agressivité et/ou agité psycho-moteur (déambulation, fugue, ...):
 jamais de temps en temps Presque chaque jour Continuellement, toujours Impossible à évaluer
- Comportement destructeur ;; violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques ... et/ou agressif à l'égard d'autrui :
 jamais de temps en temps Presque chaque jour Continuellement, toujours Impossible à évaluer
- Comportement nocturne : errer, déranger les autres, confondre jour/nuit :
 jamais de temps en temps Presque chaque jour Continuellement, toujours Impossible à évaluer

RESPIRATION

- Sans particularité
- Troubles respiratoires :
.....
- Aérosols (produit et quantité) :
.....
- Oxygénothérapie :l/min continu jour nuit

ALIMENTATION

Type de régime : ordinaire diabétique sans sel autre :
.....

Mode alimentaire : autonome besoin d'aide (+ type) :

Risque de fausse déglutition : oui non

Sonde gastrique : oui non → date du placement :/.../....

Stomie : oui non

Alimentation entérale : Produit :

ELIMINATION

Urines : continent incontinent incontinence accidentelle → le jour la nuit
Sonde urinaire : non oui
KT sus-pubien : non oui

Selles : continent incontinent incontinence accidentelle → le jour la nuit
 diarrhée constipation

Stomie :

MOBILISATION

Déplacement : autonome aide partielle aide complète alitement

Appareillage : canne béquille tribune chaise roulante

Lever autorisé : oui non

Avec appui : oui non (si cas orthopédiques)

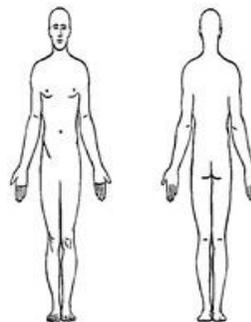
HABILLEMENT

Habillement : indépendant aide partielle aide complète

HYGIENE

Toilette : indépendant aide partielle aide complète

Etat des téguments : intacts



Type de plaie + description	Traitement
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

SECURITE

Assuétudes (type – quantité) (alcool – tabac – médicament) :
.....

Système de contention : non oui → barrière de lit ceinture abdominale
 liens tablettes autre

Risque de fugue : non oui Risque de chute : non oui