

DEMANDE D'ADMISSION QUESTIONNAIRE MEDICAL

Renseignements strictement confidentiels

Document à remplir par le Médecin Traitant / Médecin hospitalier et merci de bien vouloir nous le retourner à l'intention du Médecin Responsable de l'EMS Résidence de Saconnay.

1. Données personnelles

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

N° postal : Localité :

Profession exercée :

Médecin traitant habituel :

Autres médecins :

Où se trouve le patient actuellement ? :

Depuis quand ? :

Pourquoi ? :

2. Motif de la demande

Qui désire le placement ? :

Pourquoi ? :

.....

.....

Encadrement médico-social actuel du patient :

.....

ETAT PHYSIQUE	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentation	
- Bonne	
- A surveiller	
Régime	
- Normal	
- Sans sel	
- Diabétique	
- Autres :	
Elimination	
- Normale	
- Incontinence urine diurne / nocturne	
- Incontinence fécale diurne / nocturne	
- Sonde vésicale	
Mobilisation	
- Seul(e)	
- Avec aide (cannes ou autres)	
- Risque de chutes	
- Ne marche pas	
- Grabataire	
- Dans un fauteuil	
Hygiène	
- Bonne	
- A surveiller	
Toilette et habillage	
- Seul(e)	
- Avec aide	
Vue	
- Bonne	
- Mauvaise	
- Lunettes	
Ouïe	
- Bonne	
- Mauvaise	
- Appareil acoustique	
Dentition	
- Normale	
- Prothèse	
- Pas de dents	

ETAT PSYCHIQUE	<input checked="" type="checkbox"/>	
Comportement		
- Normal		
- Instable		
- Agressif		
- Passif		
Humeur		
- Normale		
- Labile		
- Dépressive		
- Idées suicidaires		
Langage		
- Normal		
- Légèrement perturbé		
- Perturbé		
Mémoire		
- Bonne	temps & espace	
- Médiocre	temps & espace	
- Mauvaise	temps & espace	
- Risque de fugues		
Sommeil		
- Normal		
- Avec médication		
- Déambulation		

3. Diagnostics actuels détaillés

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

MRSA : Oui Non

4. Antécédents personnels et hospitalisations, allergies

(Merci de joindre une copie des lettres de sortie)

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

5. Eléments importants du status somatique

Poids : Taille :

Peau (escarres) : Oui Non Si oui, localisation :

Autres :

6. Traitement et régime actuels

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

7. Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

.....
.....

Médecin Traitant : Vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'EMS Résidence de Saconnay : Oui Non

Lieu & Date : Timbre & Signature :

copie des lettres de sortie

