



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HERBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON **ALLERGIES** OUI NON Si oui, préciser

CONDUITE A RISQUE	OUI	NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
Si oui, préciser (localisation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

