

# DOSSIER MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION EN E.H.P.A.D.

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

## 1. ÉLÉMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

**Nom** :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse :

**Demandeur de la Pré-Admission (Service, Parent, etc...) :**

Nom :

Tél :

**Coordonnées d'un référent de l'entourage :** Lien (de parenté) :

Nom :

Tél :

**Médecin traitant :**

Nom :

Tél :

**Accord du futur résident :**

Est-il informé de son entrée en E.H.P.A.D. ?  OUI  NON

Est-il consentant ?  OUI  NON  Impossible à évaluer

**Protection juridique :**  NON  EN COURS

OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire :

**Aide Sociale :**  OUI  NON  EN COURS

## 2. ÉLÉMENTS MÉDICAUX PAR LE MÉDECIN EXCLUSIVEMENT

**Motif d'entrée en EHPAD :**

**Pathologies en cours :**

**Antécédents personnels :**

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

**Cadre réservé à l'Avis  
du Médecin Coordonnateur**

Avis :

Date :

Signature :

**Traitement actuel détaillé :**

MÉDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

**Addictions :** Alcool :  OUI  NON

Tabac :  OUI  NON

Autre :

**Poids :**

**Taille :**

**Nom et Fonction du Médecin :**

**Service Demandeur :**

**Téléphone :**

**Cachet lisible :**

**Date :**

**Signature :**

### 3. ÉVALUATION DES SOINS PAR MÉDECIN OU INFIRMIER

#### 3.1. Évaluation des besoins fondamentaux :

	<b>COCHER LA ou LES CASES CORRESPONDANTES</b>	<b>Cotation AGGIR NE RIEN COCHER</b>
	↓	↓
<b>1 – <u>COHÉRENCE</u> :</b> (converser et /ou se comporter de façon sensée, adaptée)	<input type="checkbox"/> NORMALE	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT PERTURBÉE	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> TOTALEMENT PERTURBÉE	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> DÉMENCE DIAGNOSTIQUÉE	
<b>2 – <u>ORIENTATION</u> <u>DANS LE TEMPS</u> <u>ET L'ESPACE</u> :</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> ORIENTÉ AVEC AIDE	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> DÉSORIENTATION ÉPISODIQUE	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> DÉSORIENTATION TOTALE	<b>C</b>
<b>3 – <u>HUMEUR,</u> <u>COMPORTEMENT</u> :</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE	
	<input type="checkbox"/> APATHIE, DÉPRESSION	
	<input type="checkbox"/> AGITATION, AGRESSIVITÉ	
	<input type="checkbox"/> CRIS	
	<input type="checkbox"/> FUGUE	
	<input type="checkbox"/> <u>Commentaires :</u>	
<b>4 – <u>TOILETTE, HYGIÈNE</u> :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut et/ou bas)	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> AIDÉ (haut et/ou bas)	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	<b>C</b>
<b>5 – <u>HABILLAGE</u> :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> AIDÉ (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	<b>C</b>
<b>6 – <u>ALIMENTATION</u> <u>HYDRATATION</u> :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> AIDÉ	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> TROUBLE DE LA DÉGLUTITION	
<b>7 – <u>ÉLIMINATION</u> :</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE	<b>A</b>
	<input type="checkbox"/> INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT)	<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> INCONTINENCE TOTALE	<b>C</b>

**A remplir par le Médecin ou l'Infirmier exclusivement**

	<b>COCHER LA ou LES CASES CORRESPONDANTES</b>	<b>Cotation AGGIR NE RIEN COCHER</b>
	↓	↓
<b>8 - <u>LOCOMOTION</u> :</b>	<input type="checkbox"/> ADAPTÉE <input type="checkbox"/> DÉAMBULATION INADAPTÉE <input type="checkbox"/> CHUTES FRÉQUENTES	
<b>9 - <u>TRANSFERT</u> :</b> (lit/fauteuil)	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b>
<b>10 - <u>DÉPLACEMENT</u> <u>À L'INTÉRIEUR</u> :</b>	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE D'UNE PERSONNE <input type="checkbox"/> AVEC CANNE OU DÉAMBULATEUR <input type="checkbox"/> EN FAUTEUIL ROULANT <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS OU GRABATAIRE	<b>A</b> <b>B</b>  <b>C</b>
<b>11 - <u>DÉPLACEMENT</u> <u>À L'EXTÉRIEUR</u> :</b> (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, c.à d. à pieds)	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b>
<b>12 - <u>COMMUNICATION</u> <u>À DISTANCE</u> :</b> (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b>
<b>13 - <u>DOULEUR</u> :</b>	<u>PHYSIQUE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON localisation :  <u>MORALE</u> (anxiété, pleurs, dépression ....) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

### 3.2. Évaluation des soins techniques :

COCHER LA CASE  
CORRESPONDANTE

COMMENTAIRES



**Pansements** : → préciser leur nombre et leur localisation

- |                   |                          |       |
|-------------------|--------------------------|-------|
| Soins d'ulcère    | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Soins d'escarre   | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Pansements divers | <input type="checkbox"/> | ..... |

**Sondes** :

- |                       |                          |                    |                    |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Sonde à oxygène       | <input type="checkbox"/> | Débit : .....L/min | Durée : .....h/24h |
| Sonde nasogastrique   | <input type="checkbox"/> |                    |                    |
| Sonde de trachéotomie | <input type="checkbox"/> |                    |                    |
| Sonde urinaire        | <input type="checkbox"/> |                    |                    |

**Stomies** :

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Urétérostomie | <input type="checkbox"/> |
| Colostomie    | <input type="checkbox"/> |
| Gastrostomie  | <input type="checkbox"/> |

**Dispositifs Médicaux** :

- |                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| Lit bas type « Alzheimer »      | <input type="checkbox"/> |
| Matelas spécifique anti-escarre | <input type="checkbox"/> |
| Complément Nutritionnel         | <input type="checkbox"/> |

**Appareillage divers** :

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Pace-maker  | <input type="checkbox"/> |
| Chambre implantable                               | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse  | <input type="checkbox"/> |
| Orthèse   | <input type="checkbox"/> |
| Appareillage ventilatoire<br>( VNI, CPAP, etc...) | <input type="checkbox"/> |

**Soins Palliatifs** :

**Autres Soins** :

- |                |                          |       |
|----------------|--------------------------|-------|
| Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Orthophonie    | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Autre :        |                          | ..... |

**Aucun Soin Technique** :

**Nom et Fonction de l'évaluateur** :

**Service Demandeur** :

**Téléphone** :

**Cachet lisible** :

**Date** :

**Signature**