

DOSSIER MEDICAL D'INSCRIPTION

A remplir par un médecin

Validité du dossier : 6 mois

Partie réservée à l'établissement

N° Dossier :

Date de réception de la demande :

Nom Prénom du patient : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Médecin ou Service établissant la demande : _____

Nom Prénom et coordonnées du médecin traitant : _____

Evènements actuels motivant la demande : _____

Antécédents principaux

Médicaux: _____

Chirurgicaux : _____

Psychiatriques : _____

Déficiences sensorielles :

- Surdité Cécité Aphasie
-

Traitements en cours :

Soins particuliers en cours :

- Pansements d'escarres Localisation : _____
- Pansements d'ulcère Sonde urinaire à demeure O2, précisez _____
- Aérosols Perfusion SC Perfusion IV
- Trachéotomie Stomie, précisez _____
- Soins de kinésithérapie Orthophonie P dicurie
-

Habitudes toxiques :

- Tabac Alcool Drogue : _____
-

Troubles psychologiques et comportementaux :

- Déambulation Risque de fugue Cris Agitation
- Agressivité Hallucinations Idées délirantes
- Anxiété Dépression Apathie Euphorie
- Troubles du sommeil Troubles de l'appétit
-

Avis du médecin sur l'opportunité de la demande :

- Avis favorable Avis défavorable Sans avis

Commentaires : _____

Date et signature du médecin ayant rempli le dossier :

Avis du Médecin coordonnateur

Nom et Prénom du patient : _____

Date de naissance : ___/___/___

Appréciation du Médecin coordonnateur de l'EHPAD :

Avis favorable

Avis défavorable

Commentaires : _____

Date et signature du Médecin coordonnateur :
