



Fondation de Grammont

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A faire compléter par le médecin traitant ou hospitalier

ETAT CIVIL :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse habituelle :

.....

.....

Venant de : { Domicile
Hôpital de
Maison de retraite de

Le malade est-il informé de la demande d'entrée en institution ? : Oui Non

Le malade est-il demandeur d'entrée en institution ? : Oui Non

Etablissement hospitalier choisi en cas d'aggravation :

Raisons de l'institutionnalisation : Sociales Familiales Médicales

Protection de justice : Oui Non

En cours :

Nom et n° de téléphone du référent familial ou du tuteur :

Nom et adresse du médecin traitant :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

Date, lieu et raison de la dernière hospitalisation :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....

.....

.....

INTERVENTIONS CHIRURGICALES : (natures et dates)

.....

.....

.....

ALD : Oui Non Motif de l'ALD.....

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETAT ACTUEL :

Etat général :

Poids approximatif : Taille : TA : /

Dénutrition protéino énergétique connue : Oui Non

Régime particulier (diabétique, mixé...) :

Compléments alimentaires : Oui Non

Vue : Bonne Moyenne Mauvaise

Surdité : Oui Non

Appareillée : Oui Non

Existe-t-il des séquelles ayant un impact sur l'autonomie consécutives à :

- Des fractures :
- Un AVC :
- Une ou des interventions chirurgicales :

Nécessité d'une aide technique :

- Canne simple :
- Cannes anglaises :
- Déambulateur :
- Rollator deux roues :
- Rollator quatre roues :
- Fauteuil roulant simple :
- Fauteuil roulant électrique :

Etats pathologiques en cours, les plus importants :

.....

Le Résident peut-il utiliser les escaliers ? : Oui Non

Résident fumeur : Oui Non

Risque de problème d'alcool : Oui Non

Risque de fausse route : Oui Non

Risque de chutes : Oui Non

Présence d'escarres : Oui Non

Nécessité de matelas anti-escarres : Oui Non

Allergies connues (à préciser) :

ETAT PSYCHIQUE :

Démence ou trouble cognitif important : Oui Non Suivi psychiatrique : Oui Non

Agressivité : Oui Non Risque de fugue : Oui Non

Déambulation : Oui Non Syndrome dépressif : Oui Non

Autre :

SI ADMISSION SOUHAITEE EN UNITE PROTEGEE :

Diagnostic précis :

Derniers éléments psychométriques réalisés (MMS, Horloge, SMI, Fluence...) :

Eléments comportementaux (agitation, agressivité, déambulation, refus de soins, anxiété, apathie, repli-dépression, syndrome délirant, hallucinations...etc.) :
.....

L'Annonce du diagnostic a-t-elle été faite ? : Oui Non

Le Consentement a-t-il été recherché ? : Oui Non

TRAITEMENT ACTUEL :

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

Prise en charge particulière :

- Kinésithérapie, rééducation à la marche : Oui Non
- Orthophonie : Oui Non
- Autres

Problème de prises médicamenteuses : Oui Non

- Opposition
- Refus
- Nécessité d'aide à la prise
- Autre :

Date :

Cachet et Signature :