

DOSSIER CONFIDENTIEL

IDENTITE DU CLIENT

Nom : Prénom :
Nom de Jeune Fille : Origine :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Nom du conjoint :
Nom du père : Nom de la mère :
Confession : Etat Civil :
Domicile :
.....
Dernière profession exercée :
Numéro de téléphone : Langues parlées :
Hospitalisé(e) au moment de la demande : Oui Non
Si oui, depuis le Institution :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° AVS : N° SPC :
Nom et adresse Caisse de Compensation :
Rente impotence : Oui, depuis le Catégorie : Non
Autres rentes :
Caisses maladie (nom, adresse et n° d'assuré) :
.....
Nom du médecin traitant, adresse et n° de téléphone :
.....
En EMS, je souhaite être suivi par :
 Médecin traitant Médecin répondant EMS Autres :
Adresse : Tél :
Adresse Mail : Tél port (si souhaité) :
Curateur : portée générale / représentation avec gestion / procuration
Répondant financier (rayer la mention inutile)
Nom :
Prénom :
Téléphone :

Le futur Résident, a-t-il déjà effectué un séjour en EMS ? Oui Non

Si oui, nom de l'EMS :

Et le motif de la sortie :

Une inscription est-elle en cours auprès d'autres EMS ? Oui Non

Si oui, lesquels :

DEMANDE FAITE PAR :

Institution / Service social : Responsable :

..... Numéro de téléphone :

Motif de la demande, rapport :

.....

PERSONNE A CONTACTER

Nom prénom	Lien Entourage	Adresse	Tél privé-natel Tél prof.
	Répondant Thérapeutique		Privé
			Prof
			Privé
			Prof
			Privé
			Prof
			Privé
			Prof

Date de la demande :

Signature du dépositaire de la demande :

Actes de la vie quotidienne

Merci de cocher la case qui convient

ACTIVITES	seul(e)	avec aide	dépendant(e)
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVITES	seul(e)	avec aide	dépendant (e)
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se reposer/dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS SPECIFIQUES	oui	non
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOYENS AUXILIAIRES	oui	non
Prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil acoustique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse de la ou des jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RYTHME VEILLE/SOMMEIL	oui	non
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INCONTINENCE	oui	non
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actes de la vie quotidienne (suite)

ETAT PSYCHIQUE	oui	non
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orienté(e) dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orienté(e) dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaît les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque d'agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPIRATION	oui	non
Sans problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui dans quelles conditions :

COMPORTEMENT	oui	non
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État Dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité Verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité Gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles Amnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres soins spécifiques - autres moyens auxiliaires - remarques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de l'intéressé(e) :

Histoire de vie

Informations personnelles

Profession

Hobbies

Difficultés

Caractère

Autre(s)

Date:

Demande d'admission à l'EMS
Questionnaire médical confidentiel

(A remplir par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier)

A renvoyer sous pli, fermé au médecin responsable de l'EMS (Dr Michel Portier)

Nom : Prénom :

Né(e) le : Ancienne profession :

Domicilié(e) à :

Médecin traitant habituel :

Où se trouve le patient actuellement ? S'il est hospitalisé, pourquoi et depuis quand? :

.....
.....

Motif de la demande :

.....
.....

Antécédents personnels et hospitalisations (joindre une copie des lettres de sortie) :

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

Allergies :

Diagnostics actuels :

.....
.....

Éléments importants du statut somatique :

Poids : Taille : TAH : Pouls : Peau (escarres) :

Autres :

Traitement actuel :

.....
.....

Données médicales sur l'état d'autonomie :

- **psychique** : problèmes mnésiques, d'orientation, de praxies, d'agitation :

.....
.....

Etat thymique, trouble du caractère ?

.....

A-t-il eu des antécédents de violence ?

Si oui : où et quand, y a-t-il eu des événements ou des signes avant-coureurs ?

.....
.....

Troubles du sommeil ?

- **sensorielle** : vue, audition ?

.....
.....

- **locomotrice** : toilette, habillage, marche (moyen auxiliaire) transfert :

.....
.....

- **problèmes de continence** : comment sont-ils résolus actuellement ?

.....
.....

Votre appréciation personnelle sur :

Le patient, son entourage, l'histoire de vie, les motifs et conséquences éventuelles du placement :

.....
.....

Avez-vous d'autres éléments importants à signaler ?

.....
.....

Si vous êtes le médecin traitant habituel du patient, vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée en EMS ?

.....
.....

Date : **Timbre et signature du médecin** :