



ACCUEIL DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAPS SENSORIELS

ASSOCIATION LARNAY SAGESSE
F.A.M. & Foyer de Vie

DATE DE DEPOT : / /

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE
D'ADMISSION**

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Document médical à mettre sous pli confidentiel

NOM :

PRENOM :

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur

Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

MOTIF DE LA DEMANDE

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

Autres (*préciser*)

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom - Prénom

ADRESSE - N°

Voie, rue, boulevard

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

MEDICAL

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX,
 PSYCHIATRIQUES

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS – JOINDRE LES
 ORDONNANCES

Taille	<input type="text"/>	Poids	<input type="text"/>	Maigrissement récent (cocher la case)	Oui	Non
--------	----------------------	-------	----------------------	--	-----	-----

CONDUITES A RISQUE	Oui	Non	FONCTIONS SENSORIELLES	Oui	Non	REEDUCATION	Oui	Non	
	Alcool			Cécité			Kinésithérapie		
	Tabac			Surdité			Orthophonie		
	Sevrage						Autre (� préciser)		

RISQUE DE CHUTE	Oui	Non	RISQUE DE FAUSSE ROUTE	Oui	Non	SOINS PALLIATIFS	Oui	Non
-----------------	-----	-----	---------------------------	-----	-----	------------------	-----	-----

ALLERGIES	Oui	Non	<i>si oui, préciser</i>					
PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	Oui	Non	<i>si oui, préciser</i>					
	Ne sait pas		<i>date du dernier prélèvement :</i>					

Troubles du comportement : oui non

Si oui

<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Hallucinations
<input type="checkbox"/> Agitation, agressivité (cris)	<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Apathie
<input type="checkbox"/> Désinhibition	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées)	

Contention : oui non si oui laquelle :

Alimentation : Taille : Poids :

Mode : Normal Haché Mixé

Régime : Sans sel Diabétique Hyperprotidique

Fausse routes : aux liquides aux solides

Hydratation : Eau  paissie Sous cutanée

Autre :

Conduites à risque : oui non. Si oui, préciser (tabac, alcool...) :

Sevrage oui non

Soins techniques particuliers :

<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Gastrostomie	<input type="checkbox"/> Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)
<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation	<input type="checkbox"/> Colostomie	<input type="checkbox"/> Chambre implantable
<input type="checkbox"/> Sonde trachéotomie	<input type="checkbox"/> Ur�t�rostomie	<input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale
<input type="checkbox"/> Sonde urinaire		

R ducation : oui non. Préciser (kiné, orthophonie) :

Pansements ou soins cutanés :

Soins d'ulcère

Soins d'escarres

Localisation :

Stade :

Durée du soin : Type de pansement :

Portage de bactérie multirésistante :

Ne sait pas oui non Si oui, préciser :
Date du dernier prélèvement :

Appareillages :

Fauteuil roulant Déambulateur Pace maker
 Lit médicalisé Orthèse
 Matelas anti-escarres Prothèse
 Autres (préciser) :

Commentaires et recommandations éventuelles :
.....
.....

TROUBLES DES FONCTIONS SENSORIELLES :

Préciser :
.....

⇒ **Affection sensorielle auditive :**

- ▶ **Etiologie :** Congénitale Acquise
- ▶ **Age de découverte du handicap :**
- ▶ **Surdité :** bilatérale oui non
moyenne oui non
profonde oui non
sévère oui non
- ▶ **Appareillage :** oui non
- ▶ **Appareillage bilatéral :** oui non

Date dernier audiogramme :
Date dernière consultation ORL :

⇒ **Affection sensorielle oculaire :**

- ▶ **Etiologie :** Congénitale Acquise
Cause :
- ▶ **Cécité :** Complète Voit des ombres Perçoit source lumineuse
Port de prothèse oculaire Port de lunettes teintées
- ▶ **Troubles visuels :** Rétinite pigmentaire Amblyopie Myopie
Presbytie Glaucome Cataracte
Autre
- ▶ **Port de Verres correcteurs :** oui non
- ▶ **Troubles visuels :** Evolutifs Stabilisés

Date de la dernière consultation Ophtalmo :

DONNEES SUR L'AUTONOMIE :

Grille de dépendance AGGIR		Date :					
		Ne fait pas seul	Ne fait pas				Fait seul
			S	T	C	H	
Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)							
Déplacements à l'Intérieur							
Déplacements à l'Extérieur							
Toilette	Toilette du haut						
	Toilette du bas						
Elimination	Urinaire						
	Fécale						
Habillage	Habillage haut						
	Habillage moyen						
	Habillage bas						
Alimentation	Se servir						
	Manger						
Orientation	Dans le temps						
	Dans l'espace						
Communication pour alerter							
Cohérence	Communication						
	Comportement						

S = Ne fait pas Spontanément **T** = Ne fait pas Totalement **C** = Ne fait pas Correctement **H** = Ne fait pas Habituellement

GIR ACTUEL SI CONNU :

COMMENTAIRES (MMS, évaluation gérontologique, ...) ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, ...)

MEDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER

(si différent du médecin traitant)

Nom – prénom

adresse

N° de téléphone

SIGNATURE, DATE ET CACHET DU MEDECIN