

# Inscription en liste d'attente Entrée en EHPAD

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cette fiche contient les éléments médicaux nécessaires à la prise de décision d'entrée en établissement.

Tous les champs doivent donc être précisément renseignés.

Cette fiche est à renouveler tous les 6 mois si la demande d'admission est maintenue  
ou si l'état de santé ou de dépendance a évolué

### ETAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : ..... Poids : .....

Pathologies principales :  
.....  
.....  
.....

ALD connue(s) :  
1. .... 2. ....

Etat cutané :  Escarres  Ulcères

Localisation et stade : .....

Nécessité d'un matelas anti-escarres

Traitements médicamenteux en cours :  
1. .... 2. ....  
3. .... 4. ....  
5. .... 6. ....  
7. .... 8. ....

Traitements spéciaux (ATU, délivrance hospitalière...) : .....

Suivi spécifique (psychiatrie, oncologie, neurologie, néphrologie...) : .....

Prise en charge non médicamenteuse :

Régime : .....

Kinésithérapie : .....

Orthophonie : .....

Autre (O2, pression positive nocturne) : .....

Possibilités d'évolution : .....

## EVALUATION DE L'AUTONOMIE

GIR (si connu) : .....

### Transferts :

- Seul(e)
- Avec l'aide d'une personne
- Avec appareil (lève-malade)

### Toilette :

- Se lave seul(e)
- Aide partielle
- Aide totale

### Déplacements :

- Autonome, sans aide
- Autonome avec aide technique (FR, déambulateur)
- Marche avec l'aide d'une personne
- Ne peut se déplacer

### Habillage :

- S'habille seul(e)
- Aide partielle
- Aide totale

### Alimentation :

- Mange seul (e)
- Doit être incité(e) ou installé(e)
- Aide à la prise des repas
- Risque de fausses routes alimentaires
- SNG ou gastrostomie

### Contenance :

- Contenance normale
- Incontinence occasionnelle (urinaire ou fécale)
- Incontinence permanente (urinaire ou fécale)
- Sonde à demeure ou colostomie

## COMPORTEMENT SOCIAL

(sociabilité – communication – participation aux activités – habitudes alcooliques et/ou tabagiques...)

.....

.....

## TROUBLES COGNITIFS

- Troubles mnésiques
- Désorientation temporo-spatiale

## TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Risque de chute
- Risque de fugue
- Troubles de l'urination
- Déambulation
- Délires ou hallucinations
- Cris
- Perte des convenances sociales
- Apathie
- Episodes d'agitation
  - Diurnes
  - Nocturnes
- Episodes d'agressivité
  - Lors des soins
  - Autres

Précisez : .....

## TROUBLES DU LANGAGE

Précisez : .....

.....

## ETAT SENSORIEL

- Problème visuel handicapant :  OUI  NON
- Problème auditif gênant le dialogue :  OUI  NON

## REMARQUES PARTICULIERES

.....

.....

.....

Nom du médecin signataire..... N° de téléphone .....

Fait à ....., le ..... Signature et cachet du médecin