



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées
du Tarn et Garonne

E-ADM-MA 003-V02

NOM DU RESIDENT :

Prénom :

DOSSIER MEDICAL

A l'inscription

Cadre réservé à l'administration

Date de retour du dossier:

Date et cachet du Médecin coordonnateur :



<p style="text-align: center;">PIECES A JOINDRE ET A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER MEDICAL</p>
--

A l'inscription

- La fiche médicale d'admission (Fiche jointe)
- Un certificat médical de non contagion (fiche jointe)
- Recueil des habitudes de vie (Fiche jointe)
- Fiche d'autonomie (Fiche jointe)
- Evaluation gériatrique par l'entourage GERRI (Fiche jointe)
- Formulaire de désignation de la personne de confiance (Fiche jointe avec livret explicatif)
- Les directives anticipées (fiche jointe)
- Instructions en cas de décès (fiche jointe)



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

A remplir par le médecin effectuant la demande
A remettre dans l'enveloppe « Dossier médical d'admission – confidentiel » ci jointe.

IDENTITE :

NOM..... Prénom.....

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

Sexe M F

MOTIFS justifiant la demande d'admission (plusieurs réponses possibles) :

Volontaire Perte d'autonomie Problème social
 Trouble du comportement Épuisement familial

URGENCE DU PLACEMENT pour le Médecin qui remplit la demande :

Accueil urgent (l'urgence prime sur l'établissement)
 Accueil dès que possible (choix établissement prioritaire sur délai)
 Plusieurs établissements contactés

Commentaires :

CONSENTEMENT DE L'INTERESSE :

Obtenu
 Non obtenu
 Ne peut s'exprimer
 Résigné

ANTECEDENTS MEDICAUX : PATHOLOGIE EVOLUTIVE :	ALLERGIES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI préciser :
	BMR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI préciser :



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

AUTONOMIE PHYSIQUE

- Totale
 Partielle
 Inexistante

AUTONOMIE PSYCHIQUE

- Totale
 Partielle
 Inexistante

ADDICTIONS :

- Tabac Alcool Autres

SOINS DE BASE		OUI	NON	Fréquence / semaine
Intervention à domicile	Kinésithérapeute			
	Infirmière			
	Aides soignantes			
	Autres professionnels de santé			

Ostéoporose (Traitement injectable) oui non
Si oui, date de la dernière injection :

Continence oui non **Sonde urinaire** oui non

Régime Alimentaire oui non **Sonde gastrique** oui non
Si oui joindre prescription

Pace Maker oui non
Si oui date et lieu de la prochaine consultation :

Oxygénothérapie oui non

Pansement escarres Ulcère Autre
Préciser.....
Localisation :
Protocole :

Vaccination : Dernières vaccinations et date (ou année) de vaccination :
 Pneumo 23 Date
 Tétanos Date
 Grippe(s) Date.
 Autre(s).....Date.....

TRAITEMENT : A remplir et fournir la dernière ordonnance

Date

Cachet et signature du médecin



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Adresse.....
.....

Certifie, après l'avoir examiné que M.....est
exempt(e) de maladie contagieuse.

Son état de santé actuel lui permet, sans contre indication, de vivre en collectivité.

A le

Cachet et signature

A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Pour assurer la continuité des soins de ce (tte) résident(e) nous vous demandons de joindre à ce dossier, outre les renseignements demandés :

- Les résultats d'analyses biologiques, radiologiques, qui vous semblent significatifs
- Biologie récente et en particulier pour éviter des redondances : NFS – CRP – Créatinine – Ionogramme – TSH – Albumine – Vit D – B12 - Folates
- Un certificat attestant que la personne ne présente aucune maladie pouvant contre indiquer une vie en collectivité (fiche jointe)
- Motifs ALD + double PIRES si possible
- Tout élément qui peut vous sembler significatif
- Pour les personnes relevant d'une unité Alzheimer, joindre un certificat médical ainsi que les évaluations neurologiques émanant du neurologue



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

RECUEIL DES HABITUDES DE VIE

(A remplir par le résident ou la famille)

NOM (du résident)..... Prénom.....

VOS CONDITIONS DE VIE

- Vous vivez seul(e)
- En famille
- Dans un autre établissement
- En ville
- A la campagne

RYTHME JOURNALIER

A quelle heure vous levez vous ?.....

A quelle heure vous couchez vous ?

Avez-vous l'habitude de faire la sieste ? Oui Non

HYGIENE

- Aimez-vous

- La douche
- Le bain

REGIME ALIMENTAIRE

- AVEZ-VOUS UN REGIME ?

Oui non Si oui lequel ?

- Ya-t-il des aliments auxquels vous êtes allergiques ?

Oui non Si oui lequel ?

- Avez-vous l'habitude de prendre un goûter dans la journée ?

Oui non

- Avez-vous un/des dégoût(s) alimentaire(s) ?

Oui non Si oui le(s)quel(s) ?.....

OCCUPATIONS ET LOISIRS

- La télévision
- La lecture
- Les activités manuelles
- Le jardinage
- Les activités ménagères et la cuisine

VIE SOCIALE

- Recevez-vous souvent des visites ?
- Participez vous à des rencontres (ex : club 3^e âge, pétanque..) ?
- Aimez vous les sorties à l'extérieur (cinéma, spectacles..) ?



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FICHE D'AUTONOMIE

A remplir par la famille et le médecin traitant

Nom / Prénom du résident :

Date :

Entourer la situation adéquate

ORIENTATION	Orienté dans le temps	Parfois désorienté dans le temps	Désorienté dans le temps	
	Orienté dans l'espace	Parfois désorienté dans l'espace	Désorienté dans l'espace	
COMPORTEMENT	Comportement adapté	Comportement parfois inadapté :	Comportement totalement inadapté	
		<ul style="list-style-type: none"> - Possible agitation - Possible agressivité - Risque de fugue 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation - Agressivité - Déambulation - Risque important de fugue 	
AUDITION appareillé Oui Non	Entend bien	Difficultés minimales dans un environnement bruyant	N'entend que dans certaines situations	Atteintes graves n'entend pratiquement rien
COMMUNICATION	Est compris	Est généralement compris (difficulté à trouver ses mots)	Est parfois compris (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes)	Rarement ou jamais compris
	Pas de difficulté de compréhension	Trouble léger de la compréhension	Troubles sévères de la compréhension	Ne comprend pas
VISION appareillé Oui Non	Bonne	Un peu déficiente (ne lit que les gros caractères des journaux)	Déficiente (vision limitée, ne lit pas les titres des journaux, reconnaît les objets)	Non voyant



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HUMEUR	Normale	Pensées morbides répétées	Pleurs fréquents	Troubles du sommeil
TOILETTE	Aucune aide	Supervision (surveillance seulement)	Aide partielle	Dépendance totale
HABILLAGE	S'habille seul	Besoin d'aide pour se chausser	besoin d'aide partielle	ne fait pas seul
DEPLACEMENT	Autonome	Canne / déambulateur	Fauteuil roulant	Ne se déplace pas seul
ELIMINATION Protection Jour Nuit	Pas d'incontinence	Incontinence Occasionnelle Urines selles	Incontinence nocturne Urines selles	Incontinence totale Urines selles
CHUTES Barrières au lit Contention au fauteuil	Pas de chute	Démarche instable	A risque de chute	A risque important de chute
ALIMENTATION Appareil dentaire Haut bas	Poids : Taille :	Mange seul Oui Non	Alimentation Normale Hachée Mixée	Troubles de la déglutition Oui Non
MEDICAMENTS	Prend seul	Prend seul si distribution	A faire prendre	
ÉTAT CUTANE Matelas anti -escarres	Pas d'altération	Sensibilité	Lésions	Escarres Ulcères
SOMMEIL	Dort Bien	Dort avec somnifère	Troubles du sommeil	
RESPIRATION	Sans gêne	Essoufflement à la marche	Essoufflement au repos	Oxygénothérapie Appareil de ventilation



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EVALUATION GERIATRIQUE GERRI

(A remplir par l'entourage)

NOM PRENOM

SEXE AGE DATE

EXAMINATEUR LIEN DE PARENTE

CONSIGNES

Nous serions intéressés de savoir comment votre parent (proche ou ami), dont vous avez la charge a pu se comporter durant les deux semaines précédents. Essayez de répondre aux questions le plus précisément possible et sachez qu'il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Lisez attentivement chaque question et faites une croix dans la colonne qui reflète le plus votre sentiment.

	Presque toujours	Parfois	Jamais	Ne sait pas
Se souvient du nom du conjoint ou de ceux des enfants vivant avec elle/lui				
Il se rase ou elle se maquille sans aide				
Se prépare le café, le thé ou des repas simples quand il le faut				
Se souvient où sont rangés de petits objets tels que clés, bijoux, portefeuille				
Se plaint d'être triste				
Remuant et agité				
Paye ses factures par chèque				
Se souvient de numéros de téléphone familiers				
Saisit quelques brèves de nouvelles à la radio ou des fragments d'articles de journaux				
Se plaint d'être désespéré(e) pour son avenir				
Oublie le nom d'objets courants				
Peut répondre aux appels téléphoniques				
S'égare. Quitte sa maison et ne sait plus où il(elle) habite				
Se souvient de détails de conversations interrompues				
Se débrouille avec l'argent pour faire de menues courses à l'épicerie, acheter des journaux ou des cigarettes				
Se plaint que son état s'est aggravé				
Continue à s'occuper de ses "hobbies" favoris				
Ne reconnaît pas des personnes familières				
Répète toujours les mêmes propos au cours des conversations				
Pleurniche				
Se souille les vêtements				
Son apparence physique est sale et négligée				



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

	Presque toujours	Parfois	Jamais	Ne sait pas
Son humeur change de jour en jour, heureux un jour, triste le lendemain				
Oublie le jour de la semaine				
Sort de chez lui(elle) vêtu(e) de façon inappropriée				
Comportement embarrassé				
Oublie ce qu'il (elle) cherche				
Oublie des rendez-vous				
Se souvient de noms d'amis intimes				
Agit de façon infantile				
Continue à suivre la radio ou voir le programme de télé favori				
Quand on l'interroge, semble irritable et querelleur				
Ne remplit pas ses tâches quotidiennes				
Réactions vives et nerveuses aux bruits ou lumières soudaines				
A des difficultés de concentration ou des troubles de l'attention				
Est peu sociable avec ses amis.				
Sa mémoire est vacillante, bonne un jour, mauvaise le lendemain				
Se souvient de l'endroit où ses vêtements sont rangés				
Veut faire les choses à sa manière				
Habitudes alimentaires sont perturbées, saute des repas ou en fait deux à la suite				
Se souvient de fermer la porte à clé en quittant la maison				
Maintient des contacts téléphoniques avec ses amis				
Semble facilement ennuyé(e) ou fâché(e)				
Se souvient de prendre ses médicaments				
Se déclare optimiste pour son avenir				
Apparaît joyeux				
Oublie de fermer le gaz				
Paraît amical(e) et gratifiant(e) quand il (elle) discute en famille				
Est obstiné(e) et têtu(e), par exemple: refuse de prendre ses médicaments				



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE RESIDENT

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :

Souhaite désigner une personne de confiance

OUI

NON

Souhaite **désigner comme personne de confiance**

Mme, Mlle, M. :

demeurant :

téléphone Fixe :

téléphone Portable :

Fait à..... Le.....

Signature :

A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M..... reconnaît avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de M.....

Fait à..... Le.....

Signature :



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE

(A rendre à l'admission)

Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement jugé inutile ou disproportionné, ou la prolongation artificielle de la vie.

Le Médecin doit en tenir compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. Elles sont valables 3 ans à compter de la date de signature.

Cette durée est renouvelable en signant de nouveau ce document.

Elles peuvent être modifiées (partiellement ou totalement) ou révoquées à tout moment.

Toute modification fait courir une nouvelle période de trois ans.

Cadre réservé au Médecin traitant :

Je soussigné(e) Dr.....atteste que

M /Mme.....

Né (e) le..... à

Est en pleine capacité de discernement psychique pour donner ces directives anticipées.

N'est pas en pleine capacité de discernement psychique pour donner ces directives anticipées.

Date :..... Signature du Médecin :

Les directives anticipées peuvent être retranscrites à la demande du patient par la personne de confiance et un témoin.

Personne de confiance :

Nom et Prénom :.....Adresse:.....

Tél :

Témoin :

Nom et Prénom :..... Adresse :.....

Tél :



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Je ne souhaite pas exprimer mes directives anticipées.

En possession de toutes mes facultés psychiques et dans l'hypothèse où je ne serais plus en mesure de faire part de mes volontés,

Je soussigné(e) M / Mme.....

Né (e) le..... à

Déclare ci-dessous mes directives anticipées :

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

Nom du rédacteur : Signature :

Qualité du rédacteur :

Date :

Renouvellement : Nouvelle date et nouvelle signature (3 ans après la date de signature précédente)								
Rédigé le :			Rédigé le :			Rédigé le :		
Signatures :			Signatures :			Signatures :		
Résident	Personne de confiance	Témoin	Résident	Personne de confiance	Témoin	Résident	Personne de confiance	Témoin



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

(A remplir par le résident)

Nom : Prénoms.....
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Lieu de naissance.....
Religion :

1. Personne à prévenir en cas de décès (filiation, famille, tutelle) :

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone :
Prévenir Jour Nuit

Nom : Prénoms :
Adresse :
Téléphone :
Prévenir Jour Nuit

2. Y a-t-il un contrat d'obsèques ?

Si OUI : quel organisme ?

Nom :
Adresse :
Téléphone :

Si NON : organisme de pompes funèbres à prévenir

Nom :
Adresse :
Téléphone :

3. Y a-t-il une concession ?

Oui Non

Si Oui, le lieu :

4. Y aura-t-il un don de corps ?

Oui Non

Si oui fournir la carte

5. Y aura-t-il une incinération

Oui Non

Si Oui, le lieu :

6. Vœux particuliers :

- Choix vestimentaires :

.....

- Rite particulier :

.....

Nous rappelons aux personnes à prévenir en cas de décès de nous laisser impérativement leurs coordonnées (adresse et téléphone) en cas de déplacement de plus de 48 heures.

A..... le.....
(Qualité et signature)