



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées
du Tarn et Garonne (82)

E - ADM - MA 004 - V02

NOM DU RESIDENT :

Prénom :

DOSSIER MEDICAL

A l'admission



Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées
du Tarn et Garonne (82)

PIECES A JOINDRE ET A FOURNIR **POUR CONSTITUER LE DOSSIER MEDICAL**

A l'admission

- Choix des intervenants extérieurs (Fiche jointe)
- Participation aux sorties et droits à l'image (Fiche jointe)
- Carte de groupe sanguin
- Carte de pace maker
- Carnet de suivi diabétique

En cas de changement de lieu d'habitation, ci-joint la liste des Médecins intervenants dans l'établissement ainsi que la déclaration du choix du médecin traitant.



PARTICIPATION AUX SORTIES et DROITS A L'IMAGE

(A remplir par l'utilisateur ou son représentant légal)

Dans le cadre de la prise en charge des patients accueillis au sein de l'EHPAD, des animations et des sorties sont organisées à l'extérieur de l'Etablissement.

Les sorties sont effectuées :

- à pied
- en car
- voiture personnelle

Afin d'assurer notre travail dans les conditions les plus favorables, nous avons besoin d'obtenir votre accord.

De plus, dans le cadre de sorties ou d'activités à visée thérapeutique (animation, ergothérapie, psychomotricité, ...), des photos ou des vidéos peuvent être prises et certaines d'entre elles peuvent être diffusées en interne (affichage, journal d'établissement, ...) ou dans la presse locale.

Pour cela et en accord avec les droits de respect de la vie privée, nous vous demandons l'autorisation de diffuser les supports vidéos et photos.

Mme, Mr (1).....et en qualité de

- Donne l'accord pour :

- | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> moi-même | <input type="checkbox"/> mon père | <input type="checkbox"/> ma mère |
| <input type="checkbox"/> ma sœur | <input type="checkbox"/> mon conjoint | <input type="checkbox"/> ou protégé |
| <input type="checkbox"/> mon frère | <input type="checkbox"/> autres (à préciser)..... | |

- Pour les activités extérieures : Oui Non

- Pour la diffusion (interne, articles de presse et site de l'EHPAD) de photos et vidéos :

Oui Non

A..... le

Signature



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CHOIX DES INTERVENANTS EXTERIEURS

(A remplir par le résident ou sa famille)

NOM :
Prénom :
Service d'admission :

- MEDECIN TRAITANT :
- LIEU D'HOSPITALISATION :
- KINESITHERAPEUTE :
- DENTISTE :
- OPHTAMOLOGISTE :
- AMBULANCE :
- PRESTATAIRE DE SERVICE :
- PEDICURE :
- COIFFEUR :

Fait le...../...../.....

Signature

Rappel : ces prestations sont à la charge des familles



EHPAD La Médiévale Argentée

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

LISTE DES INTERVENANTS EXTERIEURS (non exhaustive)

A titre d'information, nous vous précisons la liste des intervenants extérieurs intervenants dans l'EHPAD : **vous disposez du libre choix dans les intervenants de votre prise en charge.**

Cette liste est non exhaustive et seulement indicative.

Vous pouvez évidemment choisir un autre professionnel que ceux mentionnés ci-après, s'il accepte d'intervenir à l'EHPAD.

MEDECIN TRAITANT :

- Dr DUCASSE Françoise
- Dr MALOTAUX Michel
- Dr PRADINES Sylvie

LIEU D'HOSPITALISATION :

- CH de MOISSAC
- CH de MONTAUBAN

KINESITHERAPEUTE :

- CHAZELAS François
- SOULE Eric

AMBULANCE :

- LORETTE

PEDICURE :

- COLLIN Brice

COIFFEUR :

- BORGNA Isabelle
- DENEGRE Danièle

ESTHETICIENNE :

- HEDREUL Bénédicte