

**DOSSIER MEDICAL D'INSCRIPTION**  
**EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT**  
**POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Elaboré par :  
FHF délégation Haute-Marne  
& le groupe de travail RéGéCA

Reçu le \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Famille à contacter : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Demande d'Hébergement Permanent

Demande d'Hébergement Temporaire

Motif de la demande : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Une personne référente est-elle désignée par la personne ?

Si oui, NOM, Prénom, Adresse \_\_\_\_\_

La future personne accueillie fait-elle elle-même cette demande d'hébergement ? Oui  Non

Si non, qui la fait ? \_\_\_\_\_

Son consentement a-t-il été recueilli ? Oui  Non

Si oui, par qui : \_\_\_\_\_

**EVALUATION DE LA DEPENDANCE / GRILLE NEW AGGIR** Date :

*Répondre obligatoirement aux 4 adverbess par Oui ou par Non*

**Pour le Codage Partiel : 4 Oui = A 4 Non = C Autre = B**

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Codage Partiel	Codage final
1	<b>Transferts</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		
2	<b>Déplacement à l'intérieur</b> Jardin, jusqu'à la porte de la rue	O / N	O / N	O / N	O / N		
3	<b>Toilette HAUT</b> Ne comprend pas le dos	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Toilette</u> A A = A C C = C Autre = B
3	<b>Toilette BAS</b> Ne comprend pas les orteils	O / N	O / N	O / N	O / N		○
4	<b>Elimination URINAIRE</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Elimination</u> A A = A Au - I C = C Autre = B
4	<b>Elimination FECALE</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		○
5	<b>Habillage HAUT</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Habillage</u> AAA = A CCC = C Autre = B
5	<b>Habillage MOYEN</b> Bretelles, ceintures, boutons	O / N	O / N	O / N	O / N		
5	<b>Habillage BAS</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		○
6	<b>Alimentation SE SERVIR</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Alimentation</u> A A = A Au - I C = C Autre = B
6	<b>Alimentation MANGER</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		○
7	<b>Communication à distance, alerter</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		
8	<b>Déplacement à l'extérieur</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		
9	<b>Orientation dans le temps</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Orientation</u> A A = A Au - I C = C Autre = B
9	<b>Orientation dans l'espace</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		○
10	<b>Cohérence Communication</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		<u>Cohérence</u> A A = A Au - I C = C Autre = B
10	<b>Cohérence Comportement</b>	O / N	O / N	O / N	O / N		○

Les variables suivantes (11 à 17) sont à remplir si le patient vit à domicile.

Pour le Codage Final : 4 Oui = A 4 Non = C Autre = B

N°	Activité	Spontanément	Totalement	Correctement	Habituellement	Codage final
11	Cuisine	O / N	O / N	O / N	O / N	
12	Suivi du traitement	O / N	O / N	O / N	O / N	
13	Ménage	O / N	O / N	O / N	O / N	
14	Transports	O / N	O / N	O / N	O / N	
15	Activités du temps libre	O / N	O / N	O / N	O / N	
16	Achats	O / N	O / N	O / N	O / N	
17	Gestion Affaires, budget, biens, démarches administratives	O / N	O / N	O / N	O / N	

## II) EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE

(à remplir impérativement – Merci)

ANTECEDENTS MEDICAUX :

---

---

---

---

---

---

POIDS \_\_\_\_\_ TAILLE \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

**VACCINS :**  Grippe date :  
 Tétanos date :  
 Pneumo 23 date :  
 Autre(s) \_\_\_\_\_ date :

**SEROLOGIES CONNUES :** \_\_\_\_\_  
**ALLERGIES** \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT EN COURS**

<i>MEDICAMENTS</i>	<i>MATIN</i>	<i>MIDI</i>	<i>SOIR</i>	<i>COUCHER</i>

Troubles de la vision     lunettes     Troubles de l'audition     appareil auditif

Aides matérielles à la marche .....

Dialyse    Type de dialyse ..... Fréquence :...../.....

Assistance respiratoire     Trachéotomie     Oxygène :     Discontinu     Continu

Pace Maker

Troubles de la déglutition     Tendance dénutrition     Tendance déshydratation  
 Alimentation mixée     Alimentation moulinée     Risque d'escarres  
 SNG (sonde naso-gastrique)  
 GPE (gastrotomie percutanée endoscopique)

Infection BMR en cours     Portage de BMR

Groupe sanguin .....

Présence de troubles psycho-comportementaux     Soins Palliatifs

## PATHOLOGIES ACTIVES PRESENTES ACTUELLEMENT

---



---



---



---



---

Personne bénéficiaire d'une ALD

Oui

Non

Si oui, pour

Quelle(s) pathologie(s) \_\_\_\_\_

### Cotation des profils de soins (inspirée du modèle PATHOS)

<b>T1</b> : Le pronostic vital est-il en jeu au quotidien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>T2</b> : La surveillance médicale est-elle pluri-hebdomadaire ? Combien de fois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une surveillance IDE est elle nécessaire 24H/24H	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>P1</b> : La personne est-elle en état de crise sur le plan psychiatrique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>P2</b> : La personne présente-t-elle des troubles psychiatriques stabilisés nécessitant un soutien continu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>R1</b> : La personne nécessite-t-elle de la rééducation individuelle fonctionnelle intensive (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>R2</b> : La personne nécessite-t-elle de la rééducation d'entretien en discontinu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>CH</b> : La personne nécessite-t-elle des soins locaux longs, suite à une intervention récente ou une plaie importante (au moins 20 mn de soins infirmiers) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>DG</b> : La personne nécessite-t-elle des investigations complémentaires à mettre en œuvre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? .....		
<b>M1 – M2</b> : La personne nécessite-t-elle des soins palliatifs de fin de vie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, est-elle lucide ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>S1</b> : La personne nécessite-t-elle une surveillance (médicale et/ou infirmière) épisodique pour un traitement au long cours ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Facteur déclenchant de la demande** (ex. isolement social, épuisement de l'entourage, etc.)  
.....

**Bénéfice attendu en termes de projet de vie** .....

Attention : tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte

Fait à :

le :

Par : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Service hospitalier éventuel \_\_\_\_\_

(cachet et signature du médecin)

Pour le respect de la confidentialité des éléments médicaux, veuillez adresser ce dossier sous enveloppe fermée au médecin coordonnateur de l'EHPAD.

---

---

***Partie destinée à l'établissement qui reçoit cette demande d'admission***

---

---

**AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR**

<b>Personne pouvant être admise en EHPAD</b>		<b>Personne relevant de SMTI (soins médicaux et techniques importants)</b>  <b>= critères d'admission en Unité de Soins Longue Durée</b>	
Oui	Non	Oui	Non
GIR =			

Etabli le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /201\_

Par : \_\_\_\_\_

Signature