Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

FICHE MEDICALE D'INFORMATIONS – Inscription en établissement pour personnes âgées (hors inscriptions de précaution)
DOCUMENT MEDICAL CONFIDENTIEL – A METTRE SOUS PLI CACHETE

Date : / /

Etablissement

Type d'accueil

☐ Permanent ☐ Accueil de jour
☐ Temporaire ☐ Accueil de nuit

Délai souhaité

☐ Urgent ☐ Dans les 3 mois

Personne concernée

Nom :.....
Prénom :.....
Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
Date de naissance : _____ /_____/_____
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....
La personne est informée de la demande :
☐ oui ☐ non

Référent administratif

Nom :.....
Prénom :.....
Lien avec la personne concernée :.....
☐ Enfant ☐ Famille ☐ Tuteur
☐ Autre : .....
.....
Adresse :.....
.....
Téléphone :.....

Situation actuelle

☐ Vit seul (e) ☐ Vit en accueil familial
☐ Vit à son domicile ☐ Vit en milieu protégé
☐ Vit dans un autre établissement ☐ Vit en couple
☐ Est hospitalisé(e)

Raisons de l'inscription

☐ Aggravation de la dépendance à domicile
☐ Sortie d'hôpital avec impossibilité de retour à domicile
☐ Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial
☐ Isolement / Insécurité / lien social
☐ Inadaptation du logement
☐ Rapprochement familial
☐ Admission du conjoint en établissement
☐ Changement de structure :.....
.....
☐ Autre :.....

GIR en date du ..... (si connu)

☐ GIR 1 ☐ GIR 2
☐ GIR 3 ☐ GIR 4
☐ GIR 5 ☐ GIR 6

Capacités

Toilette	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Habillage	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Manger	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Se servir à table	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Elimination urinaire	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Elimination fécale	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Transferts	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Déplacement intérieur	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale
Déplacement extérieur	☐ Fait seul	☐ Aide partielle	☐ Aide totale

Fonctions supérieures et sens

Orientation	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvaise
Communication	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvaise
Cohérence	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvaise
Mémoire	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvaise
Vision	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvaise
Audition	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvaise

Aides techniques existantes

☐ Lit médicalisé ☐ Coussin anti-escarres
☐ Fauteuil roulant ☐ Verticalisateur
☐ Lit bas ☐ Déambulateur
☐ Fauteuil garde-robe ☐ Autres : .....
☐ Matelas anti-escarres .....
☐ Lève Malade .....

Intervenants extérieurs actuels

☐ Sans
☐ Famille
☐ Aide à domicile
☐ Infirmière - service de soins
☐ Autre : .....
.....
.....
.....

Surveillance particulière

☐ Opposition - Agitation
☐ Déambulation
☐ Problème d'alcool
☐ Tabagisme
☐ Risque de fausse route
☐ Sans particularité
☐ Autre : .....
.....
.....
.....

Appareillage

☐ Prothèse dentaire
☐ Prothèse auditive
☐ Prothèse de membre :.....
.....
☐ Stomie
☐ Sonde d'alimentation
☐ Sonde urinaire
☐ Oxygène
☐ Autre : .....
.....

Cachet du médecin ayant renseigné le document

Cette fiche doit être remplie par un médecin

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

FICHE MEDICALE D'INFORMATIONS - Inscription en établissement pour personnes âgées (hors inscriptions de précaution)
DOCUMENT MEDICAL CONFIDENTIEL - A METTRE SOUS PLI CACHETE

Nom de la personne :

Antécédents médicaux

Antécédents chirurgicaux

Traitements en cours

	Matin	Midi	Soir	Nuit
Non injectables				
Injectables				
Oxygénothérapie Débit :				
Régime nutritionnel :				

Alimentation

☐ Texture alimentation :
☐ normale
☐ moulinée
☐ hachée
☐ mixée
☐ Sonde

Soins - Accompagnements apportés

☐ **Soins cutanés particuliers :**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ **Kinésithérapie :**
☐ oui
☐ non
Rythme :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ **Orthophonie :**
☐ oui
☐ non
Rythme :.....
.....
.....

☐ **Consultation mémoire**

☐ **Consultation gériatrique**

Poids - Taille

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm

Dates des dernières vaccinations

☐ Tétanos : _____/_____/_____
☐ Pneumocoque : _____/_____/_____
☐ Grippe : _____/_____/_____

☐ Autre : .....
.....
.....

Allergies

☐ Médicaments : .....
.....
☐ Aliments : .....
.....

Autres

ALD : ☐ oui ☐ non
Pathologie ALD : .....
.....
.....

Avis du médecin

Nom et signature du médecin

Fait le :

Cette fiche doit être remplie par un médecin, datée, puis retournée sous enveloppe au médecin coordonnateur de l'établissement