



MAISON DE RETRAITE E.H.P.A.D  
21 rue Combe de faim  
21370 Velars sur Ouche  
Tél. 03 80 49 04 42

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le dossier d'admission aux Jardins d'Alice.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement et pour toute visite de l'établissement.

Recevez, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

La direction,  
Fait à Velars sur Ouche le :

VOUS POUVEZ CONSULTER NOTRE SITE INTERNET : [www.lesjardinsdalice.fr](http://www.lesjardinsdalice.fr)

**ADMISSION EN EHPAD  
DOSSIER MEDICAL STANDARDISE**

A remplir par le médecin traitant

**ETAT CIVIL**

NOM : .....NOM DE JEUNE FILLE:.....

PRENOMS .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE .....

SEXE :       - Masculin                       - Féminin

DERNIER DOMICILE .....

**Personne à contacter en vue de l'admission :**

**Tel :**

**SITUATION ACTUELLE** (cocher la bonne case)

Actuellement le patient se trouve :

- hospitalisé
- à domicile
- autre

Le patient a-t-il été hospitalisé récemment ?  
dans quel service.....

- oui
- non

Le patient est-il indemne de toute affection contagieuse  
et peut-il sans danger pour l'entourage vivre en collectivité ?

- oui
- non

Le patient est-il porteur d'un germe multi-résistant ?  
Lequel

- oui
- non

Le patient a-t-il donné son accord pour entrer en EHPAD ?

- oui
- non

Le patient présente-il des troubles du jugement  
ne lui permettant pas de donner cet accord ?

- oui
- non

Existe-t-il une mesure de protection juridique ?

- oui
- non

A-t-il désigné une personne de confiance ?

- oui
- non



Le patient est-il en ALD ?  - oui motif  
 - non

Nom du Médecin traitant

Adresse

Téléphone :

Messagerie

**DONNEES MEDICALES (Antécédents)**

.POIDS :..... TAILLE : ..... à la date du .....

VACCINS :  - Tétanos date :.....  
 - Grippe date :.....  
 - Pneumocoque date : .....  
 - Autre(s) ..... date :.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX .....

**TRAITEMENTS EN COURS**

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

KINESITHERAPIE :  - oui quel type  
 - non

REGIME ALIMENTAIRE  - oui quel type  
 - non

APPAREILLAGES :  - oxygène  
 - sonde urinaire  
 - dialyse  
 - assistance respiratoire  
 - sonde gastrique  
 - stomie



**ETAT PSYCHIQUE**      A = absence   L = léger      I = important                  M =  
majeur

	A	L	I	M
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation / fugues	<input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> - non			
Alcoolisme	<input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> - non			
Délires	<input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> - non			
Maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> - non    type :			

Résultat MMS : \_\_\_\_\_ / 30    date :

**ETAT PHYSIQUE**

**SYSTEME NERVEUX :**

- Troubles de l'équilibre et chutes
- Syndrome extra-pyramidal
- Comitialité
- Neuropathie périphérique
- Affection du système nerveux central
- Autres.....

**APPAREIL CARDIOVASCULAIRE**

- HTA
- AVC                                    date.....
- Troubles de rythme
- Artérite des membres inférieurs
- Insuffisance cardiaque
- Maladie thrombo-embolique
- Cardiopathie ischémique
- Hypotension orthostatique
- Stimulateur cardiaque    date.....
- Maladie veineuse chronique
- Valvulopathie
- Autre(s).....

**APPAREIL RESPIRATOIRE**

- Insuffisance respiratoire chronique
- Asthme
- Cancer .....
- BPCO



- Tuberculose récente
- Trachéotomie
- Autres(s)

## APPAREIL URINAIRE

- Pathologie haut appareil
- Insuffisance rénale
- Affection vésico-prostatique
- Incontinence urinaire
- Autre(s).....

## APPAREIL DIGESTIF

- Ulcère gastrique ou duodéal
- Hernie, éventration
- Hernie hiatale, RGO
- Incontinence anale
- Lithiase biliaire
- Colopathie
- Cancer.....
- Troubles de la déglutition
- Autre(s).....

## ETAT PHYSIQUE (suite)

### HEMATOLOGIE

- Affection caractérisée .....

### DERMATOLOGIE

- Escarres localisation(s).....
- Ulcères
- Autres.....

### APPAREIL GENITAL

- Néoplasie utérine
- Prolapsus
- Cancer du sein
- Pathologie de la ménopause
- Autres .....

### METABOLISME, ENDOCRINOLOGIE

- Diabète insulino-dépendant
- Diabète non insulino-dépendant
- Dysthyroïdie
- Autre.....

## **OPHTALMOLOGIE**

- Maladie(s) de la rétine
- Glaucome
- Autres.....

## **AUDITION**

- Altérée
- Prothèse(s)

## **APPAREIL LOCOMOTEUR**

- Arthrose symptomatique
  - Rhumatisme inflammatoire
  - Déformation rachidienne
  - Fractures
  - Ostéoporose
  - Prothèses
  - pathologies des pieds
  - Autre(s)
- hanches     genoux     épaules

## **AUTRE(S) ANTECEDENT(S) IMPORTANT(S), ALLERGIES**

.....

## **COMMENTAIRES, RECOMMANDATIONS**

.....



## DEGRE D'AUTONOMIE

### GRILLE AGGIR

S = Spontanément

T = Totalement

C = Correctement

H = Habituellement

Pour chaque item, cocher les cases lorsque les conditions ne sont pas remplies et que la réponse est NON.

Puis codez par A, B ou C en bout de ligne selon le nombre d'adverbes cochés :

A = aucun adverbe n'est coché B = Une partie des adverbes est cochée C = Tous les adverbes sont cochés

Activités réalisées par la personne seule :	S	T	C	H	CODE
Cohérence : Communication					<input type="checkbox"/>
	Comportement				
Orientation: dans le temps					<input type="checkbox"/>
	dans l'espace				
Toilette Haut					<input type="checkbox"/>
	Bas				
Habillage Haut					<input type="checkbox"/>
	Moyen				
	Bas				
Alimentation Seservir					<input type="checkbox"/>
	Manger				
Elimination (Hygiène)		Urinaire			<input type="checkbox"/>
		Fécale			
Transferts (Se lever, se coucher s'asseoir)					<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'intérieur					<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur					<input type="checkbox"/>
Alerter					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Dossier rempli par : .....

Fait à ..... le ...../...../..... signature :



**Personne formulant la demande**

Nom et prénom :

Adresse :

N° Téléphone :

Lien de parenté avec le postulant :

Personne a prévenir (nom, prénom, adresse numéro de téléphone du conjoint, de tous les

enfants et des amis, préciser le lien de parenté) :

Une demande d'admission a-t-elle été faite dans plusieurs établissement :

OUI                      NON

Si oui lesquels :

**Sécurité sociale et Mutuelle**

Sécurité sociale	Mutuelle
Nom de l'assuré	Nom de l'assuré :
N°d'immatriculation :	N°d'immatriculation :
Caisse d'affiliation	Caisse d'affiliation
Centre et adresse :	Centre et adresse :
Régime :	Régime :

Fait à :

le



## Formulaire de désignation de la personne de confiance

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

Vous venez d'être admis dans notre structure et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance ». Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions, et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cela n'empêche pas que vous puissiez désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

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

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel « Cadre Médical » et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Je soussigné(e) :

déclare :

- avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une.
  
- avoir reçu l'information sur la personne de confiance et souhaite désigner :

qui deviendra personne de confiance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

\*Document à remettre à l'entrée du résident dans la structure

