

DOSSIER D'ADMISSION

VOLET MEDICAL ET PARAMEDICAL (1/2)

 A transmettre à l'équipe médicale des LHSS sous pli confidentiel

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :
Date de naissance: Téléphone :

BILAN MEDICAL

Médecin orienteur : Téléphone :

Diagnostic médical détaillé à ce jour :
.....
.....
.....
.....

Diagnostic psychiatrique à ce jour :
.....
.....
.....

Addictions:
Alcool NON OUI, structure de suivi :
Tabac : NON OUI, structure de suivi :
Stupéfiants NON OUI, structure de suivi :
Autre :

Antécédents personnels :
Médicaux :
.....
.....
Psychiatriques :
.....
.....
Chirurgicaux :
.....
.....

Allergie : NON Oui, à détailler :

Appareillage : non oui, à détailler Appareil dentaire Pace Maker
Lunettes Orthèse

Traitement actuel : **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PRESCRIPTIONS MEDICALES EN COURS**

Evaluation des soins techniques infirmiers en cours :

1- Pansements (préciser leur nombre, leur localisation et leur protocole) :

- Soins d'ulcère
- Soins d'escarres
- Pansements divers

2- Injection

- Autre(s) soin(s) technique(s)
- Sonde urinaire
- Oxygène
- Trachéotomie
- Stomie
- Aérosol

Rééducation :

Rendez-vous programmés ou à prévoir pour le patient :

.....

EVALUATION DU PATIENT

| <i>État Psychologique</i> | OUI | NON | <i>Cohérence</i> | OUI | NON |
|-------------------------------|-----|-----|-------------------------|-----|-----|
| Sommeil de qualité | | | Normale | | |
| Anxiété | | | Partiellement perturbée | | |
| Tristesse, apathie | | | Totalement perturbée | | |
| Agressivité, agitation | | | Démence diagnostiquée | | |
| <i>Activités élémentaires</i> | OUI | NON | <i>Locomotion</i> | OUI | NON |
| Aide à la toilette | | | Aide à la marche | | |
| Aide à l'habillage | | | Fauteuil roulant | | |
| Aide aux repas | | | Déambulateur | | |
| Incontinence urinaire | | | Cannes (1 ou 2 cannes) | | |
| Incontinence anale | | | Aucune aide | | |

Autres renseignements utiles, sans rapport avec la demande d'admission (prothèse...) :

.....

Fait à Le :

| | |
|---|--|
| <u>Signature obligatoire du médecin prescripteur :</u> | <u>Cachet obligatoire du médecin prescripteur :</u> |
| | |
| <u>Avis du Médecin de structure LHSS :</u> | <u>Décision du Directeur ou de son représentant :</u> |
| | |



DOSSIER D'ADMISSION

ATTESTATION du Médecin Prescripteur

A

Le

Je soussigné, Docteur, atteste que

Monsieur, Madame, Mademoiselle

N'a pas fait preuve d'agressivité durant son hospitalisation en service spécialisé ou par le passé (profil de violence) et qu'il est apte à la vie en communauté dans une structure avec une présence médicale non constante la journée.

Pour faire valoir ce que de droit.

Signature et cachet **obligatoire** du médecin prescripteur