

## DEMANDE D'ADMISSION QUESTIONNAIRE MEDICAL

Renseignements strictement confidentiels

Document à remplir par le Médecin Traitant / Médecin hospitalier et merci de bien vouloir nous le retourner à l'intention du Médecin Responsable de l'EMS Résidence de Saconnay.

### 1. Données personnelles

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

N° postal : ..... Localité : .....

Profession exercée : .....

Médecin traitant habituel : .....

Autres médecins : .....

Où se trouve le patient actuellement ? : .....

Depuis quand ? : .....

Pourquoi ? : .....

### 2. Motif de la demande

Qui désire le placement ? : .....

Pourquoi ? : .....

.....

.....

Encadrement médico-social actuel du patient : .....

.....

<b>ETAT PHYSIQUE</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Alimentation</b>	
- Bonne	
- A surveiller	
<b>Régime</b>	
- Normal	
- Sans sel	
- Diabétique	
- Autres :	
<b>Elimination</b>	
- Normale	
- Incontinence urine diurne / nocturne	
- Incontinence fécale diurne / nocturne	
- Sonde vésicale	
<b>Mobilisation</b>	
- Seul(e)	
- Avec aide (cannes ou autres)	
- Risque de chutes	
- Ne marche pas	
- Grabataire	
- Dans un fauteuil	
<b>Hygiène</b>	
- Bonne	
- A surveiller	
<b>Toilette et habillage</b>	
- Seul(e)	
- Avec aide	
<b>Vue</b>	
- Bonne	
- Mauvaise	
- Lunettes	
<b>Ouïe</b>	
- Bonne	
- Mauvaise	
- Appareil acoustique	
<b>Dentition</b>	
- Normale	
- Prothèse	
- Pas de dents	

<b>ETAT PSYCHIQUE</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Comportement</b>		
- Normal		
- Instable		
- Agressif		
- Passif		
<b>Humeur</b>		
- Normale		
- Labile		
- Dépressive		
- Idées suicidaires		
<b>Langage</b>		
- Normal		
- Légèrement perturbé		
- Perturbé		
<b>Mémoire</b>		
- Bonne	temps & espace	
- Médiocre	temps & espace	
- Mauvaise	temps & espace	
- Risque de fugues		
<b>Sommeil</b>		
- Normal		
- Avec médication		
- Déambulation		

### 3. Diagnostics actuels détaillés

.....  
.....  
.....  
.....

MRSA :  Oui  Non

### 4. Antécédents personnels et hospitalisations, allergies

(Merci de joindre une copie des lettres de sortie)

.....  
.....  
.....

### 5. Eléments importants du status somatique

Poids : ..... Taille : .....

Peau (escarres) :  Oui  Non Si oui, localisation : .....

Autres : .....

### 6. Traitement et régime actuels

.....  
.....  
.....

### 7. Avez-vous d'autres éléments importants à ajouter ?

.....  
.....

**Médecin Traitant** : Vous est-il possible de continuer à le suivre après son entrée dans l'EMS Résidence de Saconnay :  Oui  Non

Lieu & Date : ..... Timbre & Signature : .....

copie des lettres de sortie

