



DOSSIER MEDICAL



Vous avez fait le choix de résider dans notre village : Les Résidences de L'Hévéa de Phuket.

Un dossier médical strictement destiné au médecin coordonnateur de l'établissement.

Ce dossier doit être adressé sous pli médical confidentiel à l'attention du médecin coordonnateur et du service administration du village : Les Résidences de L'Hévéa.

Il doit être renseigné par un médecin: votre médecin traitant si vous êtes à votre domicile, le médecin de l'établissement de santé si vous êtes hospitalisé.

S'il vous plaît, rayer les mentions inutiles.



DOSSIER MEDICAL



Document à adresser sous pli médical confidentiel

A remplir par le médecin traitant pour les personnes à leur domicile au moment de la demande,
par le médecin de l'établissement de santé pour les personnes hospitalisées.

IDENTITE

Nom :

Prénom :

Date de naissance:

CIRCONSTANCES QUI JUSTIFIENT LA DEMANDE D'ADMISSION

Altération physique : - oui - non

Altération psychique : - oui - non

Altération du réseau socio familial : - oui - non

Accord de l'intéressé : - oui - non - ne peut s'exprimer - résigné(e)



ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS IMPORTANTS

➤ **Antécédents médicaux:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Antécédents chirurgicaux:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Antécédents psychiatriques:**

.....

.....

.....

➤ **Allergies:**

.....



ETAT VACCINAL (DATES ET RAPPELS)

- Grippe:

.....

- Tétanos:

.....

- Pneumocoque:

.....

SUIVI ET SURVEILLANCES A PROGRAMMER

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

➤Prise en charge en rééducation (kiné, ergo, orthophonie, psychomotricité...)

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

SOINS INFIRMIERS ET SURVEILLANCE(S) PARTICULIERE(S)

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

MEDECINS HABITUELS

➤ **Médecin traitant:**

Nom:.....

Adresse:

Téléphone:

➤ **Médecins spécialistes:**

Nom:..... **Spécialité:**

Téléphone:

Adresse:

Nom:..... **Spécialité:**

Téléphone:

Adresse:

Nom:..... **Spécialité:**

Téléphone:

Adresse:

Nom:..... **Spécialité:**

Téléphone:.....

Adresse:



Nom:**Spécialité:**

Téléphone:

Adresse:



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTONOMIE

GIR (si connu) : Poids Taille

.....

S'il vous plait, RAYER LA MENTION INUTILE, Merci.

Respiration		Mobilisation	
Libre	- Oui - Non	Station debout possible sans aide	- Oui - Non
Trachéotomie	- Oui - Non	Station debout possible avec aide	- Oui - Non
Type :		Autonomie à la marche	- Oui - Non
Oxygénothérapie	- Oui - Non	Matelas pour prévention d'escarres	- Oui - Non
débit :		Utilisation d'un lève malade	- Oui - Non
		Déambulation	- Oui - Non
Fumeur	- Oui - Non	Risque de chute	- Oui - Non
Observation :		Observation :	
Hygiène		Elimination	
Autonome	- Oui - Non	Contenance urinaire	- Oui - Non
		Contenance fécale	- Oui - Non
Aide partielle	- Oui - Non	Incontinence de jour	- Oui - Non
Aide au lavabo	- Oui - Non	Incontinence de nuit	- Oui - Non
Aide totale au lit	- Oui - Non	Sonde à demeure	- Oui - Non
Observation :		type : changée le :	
Habillage		Observation. : (stomie, ...)	
Vêtements adaptés – Choix vêtements	- Autonome -Aide partielle -aide totale	Troubles du transit :	

Alimentation		Communication	
Prothèse dentaire	- haut - bas	Troubles auditifs	- Oui - Non
Texture des repas	- normale - hachée - mouliné - mixée	Prothèse auditive	- D - G
Régime particulier préciser :	- Oui - Non	Troubles visuels	- Oui - Non
Troubles de la déglutition	- Oui - Non	Lunettes	- D - G
Autonome	- Oui - Non	Lentilles	- D - G
Sonde de gastrostomie	- Oui - Non	œil de verre	- D - G
Soins dentaires à prévoir	- Oui - Non	Communication verbale	- Oui - Non
observation :		Langue parlée :	
		Aphasique	- Oui - Non
		Muet	- Oui - Non
		Observation :	
Comportement		Etat cutané	
Adapté à la situation	- Oui - Non	Escarres	- Oui - Non
Désorientation temporo-spatiale	- Oui - Non	Ulcères	- Oui - Non
Confusion mentale	- Oui - Non	Mycoses	- Oui - Non
Aide totale au lavabo	- Oui - Non	Autres	- Oui - Non
Agressivité	- Oui - Non	Préciser le(s) siège(s) :	
Risque suicidaire	- Oui - Non		
Risque errance / fugue	- Oui - Non		

SIGNATURE DU MEDECIN

Nom et coordonnées du médecin ayant renseigné le questionnaire :

Date et signature :

Dossier Medical (ADM).doc

Page 10

de 10

Les Résidences de L'Hévée / Eden Horizon



