

EHPAD



30, Allée de Joinville –
93190 LIVRY-GARGAN

☎ 01.41.70.11.11

Fax 01.41.70.11.12

DOCUMENTS A JOINDRE AU CERTIFICAT MEDICAL

IMPERATIF :

*Fournir un compte rendu de radio pulmonaire datant de moins de 3 mois.
En cas d'hospitalisation, compte rendu d'hospitalisation.*

- Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
- photocopie de la carte d'identité
- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale
- Photocopie de la carte mutuelle
- références des caisses de retraite (nom et n° de matricule)
- Courrier des Allocations Familiales concernant l'Allocation Logement
- Photocopie de la notification A.P.A
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Photocopie de la notification d'Aide Sociale ou l'attestation de dépôt de demande
- Photocopie du contrat obsèques
- R.I.B ou R.I.P



EHPAD Emile Gérard - 30 allée de Joinville 93190 LIVRY-GARGAN

Tel: 01.41.70.11.11 – Fax: 01.41.70.11.12

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

(à remplir par le médecin traitant ou le praticien hospitalier)

Les informations contenues dans ce document sont soumises au secret professionnel.

A l'exception des cas prévus à l'article 226-14, l'article 226-13 du Code pénal dispose que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »

NOM : _____

NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Poids : _____ Taille : _____

PERSONNE A PREVENIR en priorité : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

MEDECIN TRAITANT DU RESIDANT

NOM : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

CACHET du médecin ayant établi la fiche

A

Le

ANTECEDENTS

Médicaux : _____

Chirurgicaux : _____

Psychiatriques : _____

ETAT CLINIQUE ACTUEL DU RESIDANT

Respiratoire : _____

Cardio-vasculaire : _____

Digestif : _____

Génito-urinaire : _____

Sensoriel et locomoteur : _____

Neurologie : _____

Allergies connues : _____

Vaccins réalisés : _____

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS

TRAITEMENTS PARTICULIERS
(Oxygène, produits injectables,....)

OBSERVATIONS

Journée d'accueil

Visite d'entrée

Visite d'entrée jour même

Une ordonnance du traitement en cours est obligatoire _____

Radiographie pulmonaire datant de moins de 3 mois _____

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

ASPECT RELATIONNEL	oui	non
Communication verbale		
Lucidité - cohérence		
Sociabilité		
Agressivité		
Désorientation		
Démence		
Terrain anxieux		

SOINS INFIRMIERS	oui	non
Médicaments		
Soins locaux		
Escarres		
Stomies		
Soins inférieurs à 15 min.		
Soins supérieurs à 15 min		

HYGIENE	oui	non
Toilette seule		
Toilette avec aide		
Habillage		
Habillage avec aide		

PROTHESE	oui	non
Lunettes		
Dentaire		
Auditive		
Autre		

ALIMENTATION	oui	non
Régime		
LEQUEL		
Texture normale		
Texture moulinée		
Texture mixée		
Mange seul		
Mange avec aide		
Alimentation par sonde		

LOCOMOTION	oui	non
Marche seul		
Périmètre de marche		
Marche avec canne		
Marche avec déambulateur		
Fauteuil roulant		
Marche impossible		
Kinésithérapie		

ELIMINATIONS	oui	non
Incontinence urinaire		
Incontinence Fécale		
Sonde à demeure		
Colostomie		

SENSORIEL	bon	Moyen	nul
Vue			
Ouïe			