

# CONNAISSANCE DE LA PERSONNE



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

Tel: 01.41.70.11.11 – Fax: 01.41.70.11.12

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			

## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION POUR L'ACCUEIL DE JOUR

(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 : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE JOURNEES D'ACCUEIL SOUHAITEES

1 journée

2 journées

3 journées

1<sup>ère</sup> PERSONNE A PREVENIR

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Degré de parenté: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> PERSONNE A PREVENIR

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Degré de parenté: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT DU RESIDANT

NOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_