

*Logos de l'établissement*

*Adresse de l'établissement*

## DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN EHPAD

**de M :**

**Né(e) le :**

### VOLET SOCIAL A REMPLIR PAR LA FAMILLE ET/OU L'ASSISTANTE SOCIALE

#### Identification

**Adresse habituelle :**

**Le patient réside actuellement :**

à son domicile     à l'hôpital :

dans la famille :

autre lieu :

**Médecin Traitant :**

Tél :

**Médecin(s) spécialiste(s) :**

**Personne de confiance** (coordonnées) :

#### Mode de vie

marié(e)     veuf (ve)     célibataire

**Nombre d'enfants :**

**Autonomie du conjoint :**

valide     dépendance partielle     dépendance totale

**Ancienne Profession :**

**Vie sociale, loisirs:**

**Prestations :**

100%     APA pour quel GIR ? :

tutelle     curatelle

Coordonnées du représentant légal :

**Date de la demande :**

**Urgence de l'admission :**

urgent (motivation):

non urgent

**Coordonnées de la personne à recontacter :**

## BILAN MEDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN

### Bilan

### Soins

Antécédents médicaux :

Traitement actuel :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents chirurgicaux :

Douleur chronique :  oui  non localisation :

Allergies :  oui  non à :

Alcool :  oui  non Tabac :  oui  non

Vaccinations :  grippe → date :  
 tétanos : → date :  
 autre : → date :

Pathologies contributives à la perte d'autonomie :

oxygénothérapie : l/mn h/j

pansement escarre  
protocole :

aide paramédicale actuelle :  
kiné – IDE – orthophoniste

nursing : toilette – gestion de  
l'incontinence – stomie – sonde urinaire –  
bas de contention

**AGGIR :**

Cohérence : A B C Alimentation (se servir) : A B C

Orientation : A B C Alimentation (manger) : A B C

Toilette (haut) : A B C Elimination (urinaire) : A B C

Toilette (bas) : A B C Elimination (fécale) : A B C

Habillage (haut) : A B C Transferts : A B C

Habillage (bas) : A B C Déplacements intérieurs : A B C

Habillage (moyen) : A B C Déplacements extérieurs : A B C

Communication (tel) : A B C

**Aide spécifique actuelle :**

portage de repas

aide ménagère – auxiliaire de vie –  
famille –  
amis – voisins

temps de présence :  
heures/jour :  
jours/semaine :

accueil de jour :

A : fait seul totalement, habituellement et correctement

B : fait partiellement

C : ne fait pas

## EVALUATION DES RISQUES À REMPLIR PAR LE MEDECIN

**Existe-t-il une baisse des fonctions cognitives ?**       oui       non      **Nécessité d'une stimulation cognitive:**  
MMSE (si disponible):       oui       non :

**Existe-t-il une tristesse exprimée ?**       oui       non      **Nécessité d'un suivi psychologique :**  
**Existe-t-il un suivi psychiatrique ?**       oui       non       oui       non

**Risque comportemental :**       oui       non      **Indication d'une unité protégée (déambulation sécurisée)**  
 Cris       Opposition aux soins       Agressivité       oui       non  
 Fugues       Déambulation       Idées de préjudice  
 Repli       Désinhibition       Hallucinations  
 Agitation nocturne       Autres :      **Contention physique actuellement prescrite :**  
       oui       non

**Risque de chute :**       oui       non      **Aide(s) technique(s) actuelle(s) :**  
Nombre de chutes / 12 mois :       Lève malade       Fauteuil roulant  
Peur de tomber :       oui       non       Déambulateur       Canne (s) :  
Instabilité de la marche       oui       non       ne marche pas      **Nécessité d'une aide humaine aux déplacements :**  
Matériel orthopédique :       oui       non       oui       non  
**Nécessité d'une rééducation fonctionnelle :**  
 d'entretien  
 quotidienne

**Risque médicamenteux :**       oui       non      **Surveillance particulière :**  
Antécédents de traitement mal toléré ?       oui       non  
si oui, préciser:  
Créatinémie :      →      CLAIRANCE :      ml/mn

**Risque nutritionnel :**       oui       non      **Prescriptions actuelles :**  
Poids :      Taille :      Albuminémie (éventuelle) :      mg / l       Aide et/ou stimulation aux repas  
Perte de poids les 6 derniers mois :       non       oui, préciser :      kg       eau gélifiée  
Stomie :       oui       non       perfusion sous-cutanée  
Trouble de déglutition :       oui       non       régime :  
Appareil dentaire :       oui       non       Texture des repas :       normale       mixés       hachés  
       suppléments protéinés :

**Risque cutané :**       oui       non      **Prescriptions actuelles :**  
 Escarres (localisation, stade) :       changement position (fréquence) :  
 Plaie (localisation, stade) :       supports spécifiques (types) :

**Vision / Audition :**      **Prothèse auditive :**       oui       non  
**Vision :**       lit les petits caractères       lit les gros caractères      **Lunettes**       oui       non  
 ne voit que des images       cécité  
**Audition :**       entend la voix normale       n'entend que la voix forte  
 surdité totale

**CONCLUSION :**

**Date :**  
**Signature et cachet :**