



CENTRE HOSPITALIER LOUIS DANIEL BEAUPERTHUY

UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

☎ : 05.90.80.59.11 📠 : 05.90.80.58.48

Docteur Jean ANDRIAMANJAY

Praticien Hospitalier, Chef de Service

☎ 05.90.80.59.11

Madame Brigitte JEAN

Cadre de Santé

Tel.05.90.80.58.95

DOSSIER D'ADMISSION

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

ETAT-CIVIL

Nom : Prénom

.....

Date de naissance :

Age :

Lieu de naissance :

.....

Adresse :

.....

☎ :

.....

Médecin

traitant :

SITUATION SOCIALE

Famille Référent :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....	☎ :

.....
.....
➔ Antécédents

médicaux :

.....
➔ Soins

spécifiques :

...

EVALUATION CLINIQUE

ETAT GENERAL

	Oui	Non
Asthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amaigrissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taille :		
.....		
Poids :		

NEURO-PSYCHIQUE

Désorientation temporo spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propos cohérents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie, mutisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agité(e)

Déficit **moteur** (précisez)

.....

Autres (précisez)

.....

CARDIAUQUE

	Oui	Non
• Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rythme cardiaque sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trouble du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trouble de conduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Artérite des membres inférieurs (stade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPIRATION

• Insuffisance respiratoire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIGESTIF

• Dysphagie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tendance constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPAREIL LOCOMOTEUR

• Arthrose (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rhumatisme inflammatoire (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPENDANCE

		Oui	Non
<i>Marche :</i>	Seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec aide (cane, déambulateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mange :</i>	Seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonde alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trouble de déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alimentation :</i>	Régime normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sans sel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mixé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Goûts particuliers (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Toilette :</i>	Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avec aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troubles de continence :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troubles du sommeil :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide au lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aide au coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENT

Traitement médical :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Précisez) :</i>		
.....		
Soins infirmiers, pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(précisez)

.....

..

Kinésithérapie

(précisez)

.....

....

Appareillage

(précisez)

.....

...

Ergothérapie

Neuropsychologie.....

Podologie/Pédicure.....

Réadaptation

CENTRES D'INTERETS

- Marche, Promenade

- Jeux de société, Cartes

- Travaux manuels, Couture, Artisanat

Fait àle

.....

Signature et cachet