

# Dossier de Pré-Admission en E.H.P.A.D.

## Région Rhône-Alpes

**CONFIDENTIEL**

### Dossier Médical à remplir par le médecin

#### Etat Civil

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Adresse :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

#### Motif principal de la demande

Délai souhaité et degré d'urgence :

### Renseignements Médicaux

ALD : oui

non

jusqu'à

Pathologie ALD

#### Antécédents Médicaux Datés

<u>Médicaux</u>	<u>Chirurgicaux</u>

#### Pathologies en cours

<u>Médicaux</u>	<u>Chirurgicaux</u>

#### Allergie(s)



- **Fonction et sphère digestive** et Etat nutritionnel (troubles de la déglutition, du transit, hépatiques, pancréatiques)

Prothèse dentaire                      Stomie                      Albuminémie =  
 Régime particulier : Oui              Non                      si oui lequel ?

- **Contenance**

Incontinence Urinaire                      Occasionnelle                      Permanente  
 Incontinence Fécale                      Occasionnelle                      Permanente  
 Sonde                      Stomie

- **Fonction rénale**

Insuffisance rénale : Oui              Non                      Créatinine : =                      Cléarence =

- **Troubles métaboliques**

Diabète :              type 1                      type 2                      insulino-requérant : Injection                      /jour  
 Autres :

- **État cutané** (Escarres, ulcères.....)

Préciser la localisation :

Soins en cours / à prévoir :

- **Soins paramédicaux en cours**

Infirmiers                      Oui                      Non                      A prévoir

Lesquels

Kinésithérapie                      Oui                      Non                      A prévoir

Orthophonie                      Oui                      Non                      A prévoir

Autre(s)

- **Addictions :**

Alcool                      Oui                      Non

Tabac                      Oui                      Non

Autres

- **Autre(s) Information(s)**

**MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU TRAITEMENT EN COURS ET DE LA DE LA DERNIERE ORDONNANCE**

**SYNTHESE**

Coordonnées du médecin

Tampon

Téléphone  
Date

Signature

# FICHE D'ÉVALUATION

Nom et Prénom

Date de l'évaluation

Service

N° éventuel de Dossier

AGGIR Version 2007

Activités réalisées par la personne seule :

Ne fait pas **S T C H** Aucun adverbe  
Ne pose problème

1- Transferts

← Cocher la ou les cases concernées

2- Déplacements à l'intérieur

3- Toilette

Haut  
Bas.

**S**pontanément

4- Elimination

Urinaire  
Fécale.

**T**otalement

5- Habillage

Haut  
Moyen  
Bas

**C**orrectement

**H**abituellement

6- Cuisine

7- Alimentation

Se servir  
Manger

8- Suivi du traitement

9- Ménage

10- Alerter

11- Déplacements à l'extérieur

12- Transports

13- Activités du temps libre

14- Achats

15- Gestion

16- Orientation

Dans le temps  
Dans l'espace

17- Cohérence

Communication  
Comportement

**NE FAIT PAS** : La personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H).

**AUCUN** adverbe ne pose problème : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

**S T C H** : l'activité est en partie assurée par la personne seule. Dans ce cas identifier 1 ou 2 ou 3 adverbess, celui ou ceux qui posent problème, et qui rend ou rendent indispensable l'intervention d'un tiers.