

# DOSSIER MEDICAL D'INSCRIPTION

A remplir par un médecin

Validité du dossier : 6 mois

## Partie réservée à l'établissement

N° Dossier :

Date de réception de la demande :

Nom Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médecin ou Service établissant la demande : \_\_\_\_\_

Nom Prénom et coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Evènements actuels motivant la demande :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## Antécédents principaux

**Médicaux:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Chirurgicaux :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Psychiatriques :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Déficiences sensorielles :

- Surdité  Cécité  Aphasie
- 

### Traitements en cours :

---

---

---

### Soins particuliers en cours :

- Pansements d'escarres Localisation : \_\_\_\_\_
- Pansements d'ulcère  Sonde urinaire à demeure  O2, précisez \_\_\_\_\_
- Aérosols  Perfusion SC  Perfusion IV
- Trachéotomie  Stomie, précisez \_\_\_\_\_
- Soins de kinésithérapie  Orthophonie  P dicurie
- 

### Habitudes toxiques :

- Tabac  Alcool  Drogue : \_\_\_\_\_
- 

### Troubles psychologiques et comportementaux :

- Déambulation  Risque de fugue  Cris  Agitation
- Agressivité  Hallucinations  Idées délirantes
- Anxiété  Dépression  Apathie  Euphorie
- Troubles du sommeil  Troubles de l'appétit
- 

### Avis du médecin sur l'opportunité de la demande :

- Avis favorable  Avis défavorable  Sans avis

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

**Date et signature du médecin ayant rempli le dossier :**

## Avis du Médecin coordonnateur

Nom et Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Appréciation du Médecin coordonnateur de l'EHPAD :

Avis favorable

Avis défavorable

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et signature du Médecin coordonnateur :

\_\_\_\_\_