

# Dossier Médical De Pré-Admission En E.H.P.A.D

Etablissement d'hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

### 3.2. Évaluation des soins techniques :

A remplir par le Médecin ou l'Infirmier exclusivement

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

COMMENTAIRES

Pansements : → préciser leur nombre et leur localisation

- Soins d'ulcère
- Soins d'escarre
- Pansements divers

Sondes :

- Sonde à oxygène  Débit : .....L/min Durée : .....h/24h
- Sonde nasogastrique
- Sonde de trachéotomie
- Sonde urinaire

Stomies :

- Urétérostomie
- Colostomie
- Gastrostomie

Dispositifs Médicaux :

- Lit bas type « Alzheimer »
- Matelas spécifique anti-escarre
- Complément Nutritionnel

Appareillage divers :

- Pace-maker
- Chambre implantable
- Prothèse
- Orthèse
- Appareillage ventilatoire  (VNI, CPAP, etc...)

Aucun Soin Technique :

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Service Demandeur :

Téléphone :

Cachet lisible :

Date :

Signature

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Prénom :

Situation familiale :

Profession antérieure :

Demandeur de la Pré-Admission (Service, Parent, etc...) :

Nom : Tél :

Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien (de parenté) :

Nom : Tél :

Médecin traitant :

Nom : Tél :

Accord du futur résident :

Est-il informé de son entrée en E.H.P.A.D. ?  OUI  NON

Est-il consentant ?  OUI  NON  Impossible à évaluer

Protection juridique :  NON  En Cours  OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire

Aide sociale :  OUI  NON  En Cours

### 2. Eléments Médicaux par le Médecin exclusivement

Motif d'entrée en EHPAD :

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

Traitement actuel détaillé :

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Addictions :

Alcool :  OUI  NON

Tabac :  OUI  NON

Autre :

Poids :

Taille :

Nom et Fonction du Médecin :

Service Demandeur :

Date :

Signature :

Téléphone :

Cachet lisible :

### 3. ÉVALUATION DES SOINS PAR MÉDECIN OU INFIRMIER

#### 3.1. Évaluation des besoins fondamentaux :

	COCHER LA ou LES CASES CORRESPONDANTES	Cotation AGGR NE RIEN COCHER
<b>1 - COHÉRENCE :</b> (converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT PERTURBÉE <input type="checkbox"/> TOTALEMMENT PERTURBÉE <input type="checkbox"/> DÉMENCE DIAGNOSTIQUÉE	↓ A B C
<b>2 - ORIENTATION</b> DANS LE TEMPS ET L'ESPACE :	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ORIENTÉ AVEC AIDE <input type="checkbox"/> DÉSORIENTATION ÉPISODIQUE <input type="checkbox"/> DÉSORIENTATION TOTALE	↓ A B B C
<b>3 - HUMEUR,</b> COMPORTEMENT :	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> APATHIE, DÉPRESSION <input type="checkbox"/> AGITATION, AGRESSIVITÉ <input type="checkbox"/> CRIS <input type="checkbox"/> FUGUE Commentaires :	↓ A B C
<b>4 - TOILETTE, HYGIÈNE :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> AIDÉ (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	↓ A B C
<b>5 - HABILLAGE :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> AIDÉ (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	↓ A B C
<b>6 - ALIMENTATION</b> HYDRATATION :	<input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AIDÉ <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS <input type="checkbox"/> TROUBLE DE LA DÉGLUTITION	↓ A B C
<b>7 - ÉLIMINATION :</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE <input type="checkbox"/> INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT) <input type="checkbox"/> INCONTINENCE TOTALE	↓ A B C

	COCHER LA ou LES CASES CORRESPONDANTES	Cotation AGGR NE RIEN COCHER
<b>8 - LOCOMOTION :</b>	<input type="checkbox"/> ADAPTÉE <input type="checkbox"/> DÉAMBULATION INADAPTÉE <input type="checkbox"/> CHUTES FRÉQUENTES	↓ A B C
<b>9 - TRANSFERT :</b> (lit/fauteuil)	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	↓ A B C
<b>10 - DÉPLACEMENT</b> À L'INTÉRIEUR :	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE D'UNE PERSONNE <input type="checkbox"/> AVEC CANNE OU DÉAMBULATEUR <input type="checkbox"/> EN FAUTEUIL ROULANT <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS OU GRABATAIRE	↓ A B C
<b>11 - DÉPLACEMENT</b> À L'EXTÉRIEUR : (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, c.à d. à pieds)	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	↓ A B C
<b>12 - COMMUNICATION</b> À DISTANCE : (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS	↓ A B C
<b>13 - DOULEUR :</b>	PHYSIQUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON localisation : MORALE (anxiété, pleurs, dépression ....) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	