

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
DU BASSIN GÉRONTOLOGIQUE DU CLIC REPÉR'AGE.

***À remplir par le médecin traitant ou hospitalier et à joindre cacheté à l'attention du Médecin
Coordonnateur Dr M. Calone.***

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : POIDS : Kg.

Bénéficie de l'ALD ? OUI NON

Si oui, objet de l'ALD :

Date de la demande et durée de validité :

Mesure de protection juridique : OUI NON

Si non, nécessiterait une mesure de protection juridique : OUI NON

Motif d'entrée :

.....
.....
.....
.....

Histoire évolutive de la maladie actuelle : (si importante à connaître)

.....
.....
.....
.....

Antécédents allergiques :

.....
.....



Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chutes fréquentes : OUI NON
 Préciser :

Intoxication (tabac, OH) : Tabac Alcool

Fausse routes : OUI NON

Amaigrissement au cours des 6 derniers mois : OUI NON
 Si oui, de..... Kg

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Dernières hospitalisations : (si importantes à signaler)

.....

.....

Dernières consultations spécialisées : (si importantes à signaler)

.....

.....

Episodes confusionnels et circonstances :

.....

.....

MMS :...../30, établi le

Fugues : OUI NON
 Préciser :

Agressivité : OUI NON

Cris : OUI NON

Autres troubles du comportement : OUI NON
 Préciser :

TRAITEMENT : Remplir le tableau ou joindre une ordonnance complète

NOM	POSOLOGIE			
	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

La personne gère seule ses médicaments : OUI NON

Nécessite une aide : OUI NON

Nécessite le contrôle de la prise des médicaments : OUI NON

Créatinine plasmatique : mg/ml µm/ml

Clairance de la créatinine : ml/mn

Prescription soins infirmiers (nursing, soins d'ulcère, d'escarre, injections, sondes), fréquence, durée :

.....
.....



Nécessite une surveillance nocturne :

OUI

NON

Préciser :

Prescription kinésithérapeute :

.....

.....

Autres prescriptions :

.....

.....

.....

SECURITE :

A-t-il l'habitude d'utiliser des attaches ?

OUI

NON

A-t-il l'habitude d'utiliser des barrières ?

OUI

NON

Prescription médicale de contention (architecturale, physique,...) OUI NON

Préciser :

HANDICAPS PARTICULIERS :

VISION : Bonne Mauvaise Appareillée :

OUI

NON

AUDITION : Bonne Mauvaise Appareillée :

OUI

NON

J'atteste que l'intéressé(e) n'est pas atteint (e) d'une maladie contagieuse.

DATE, SIGNATURE, ET CACHET DU MEDECIN



VARIABLES	FAIT SEUL CORRECTEMENT	FAIT AVEC AIDE OU NON CORRECTEMENT	NE FAIT PAS
COHERENCE	Reconnait-il les personnes ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Converser, se comporter de façon logique et sensée.			
ORIENTATION			
Se repérer dans le temps			
Se repérer dans l'espace			
TOILETTE			
Du haut du corps			
Du bas du corps (régions intimes, membres inférieurs, pieds)			
HABILLAGE			
S'habiller : le haut			
S'habiller : le bas			
Se déshabiller : le haut			
Se déshabiller : le bas			
Bas de contention			
ALIMENTATION Préparer son repas			
Préparer son repas			
Couper la viande			
Boire			
Manger			
ELIMINATION			
WC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Couches <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Incontinence fécale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
TRANSFERT			
Se lever			
Se coucher			
S'asseoir			
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Au Bras <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>			
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR			
(dans la rue, sans moyen de transport) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
COMMUNICATION A DISTANCE			
Téléphone <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Sonnette <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			