

# DOSSIER MEDICAL DE PRÉ-ADMISSION EN EHPAD

## Eléments administratifs

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Situation matrimoniale : .....  
Adresse : .....

### Accord du futur résident :

Est-il informé de son entrée de maison de retraite ?  OUI  NON  
Est-il consentant ?  OUI  NON  Impossible à évaluer

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

Médecin traitant :  
Nom : ..... Tél : .....

Protection juridique :  OUI et s'il existe coordonnées du Tuteur : .....  
 NON

## Evaluation médicale

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 : .....kg

Taille : .....cm

Vaccinations : DT Polio  OUI  NON

Pneumocoque  OUI  NON

BCG  OUI  NON

## Evaluation des soins

### Evaluation des besoins fondamentaux :

	COCHER LA CASE CORRESPONDANTE
<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"/> TOTALEMENT PERTURBÉE <input type="checkbox"/> DÉMENCE DIAGNOSTIQUÉE
<b>2 ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE :</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ORIENTÉ AVEC AIDE <input type="checkbox"/> DÉSORIENTATION ÉPISODIQUE <input type="checkbox"/> DÉSORIENTATION TOTALE
<b>3 HUMEUR COMPORTEMENT :</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> APATHIE, DÉPRESSION <input type="checkbox"/> AGITATION, AGRESSIVITÉ <input type="checkbox"/> CRIS
<b>4 TOILETTE, HYGIÈNE :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> STIMULÉ (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> AIDÉ (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> DÉPENDANCE TOTALE
<b>5 HABILLAGE :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> STIMULÉ (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> AIDÉ (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> DÉPENDANCE TOTALE

<p><b>6 ALIMENTATION HYDRATATION :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> SEUL  <input type="checkbox"/> STIMULÉ  <input type="checkbox"/> ASSISTANCE TOTALE  <input type="checkbox"/> TROUBLE DE LA DÉGLUTITION</p>
<p><b>7 ÉLIMINATION :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> CONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE  <input type="checkbox"/> INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT)  <input type="checkbox"/> INCONTINENCE TOTALE</p>
<p><b>8 LOCOMOTION :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ADAPTÉE  <input type="checkbox"/> DÉAMBULATION PATHOLOGIQUE  <input type="checkbox"/> FUGUE  <input type="checkbox"/> CHUTES FRÉQUENTES</p>
<p><b>9 TRANSFERT :</b> (lit/fauteuil)</p>	<p><input type="checkbox"/> AUTONOME  <input type="checkbox"/> AVEC AIDE  <input type="checkbox"/> DÉPENDANT</p>
<p><b>10 DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> AUTONOME  <input type="checkbox"/> AVEC AIDE D'UNE PERSONNE  <input type="checkbox"/> AVEC CANNE OU DÉAMBULATEUR  <input type="checkbox"/> EN FAUTEUIL ROULANT</p>
<p><b>11 DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR :</b> (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, <b>c.à.d. à pied</b>)</p>	<p><input type="checkbox"/> FAIT SEUL  <input type="checkbox"/> AVEC AIDE  <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS</p>
<p><b>12 COMMUNICATION À DISTANCE :</b> (téléphone, sonnette, alarme)</p>	<p><input type="checkbox"/> FAIT SEUL  <input type="checkbox"/> AVEC AIDE  <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS</p>
<p><b>13 DOULEUR :</b></p>	<p>PHYSIQUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Localisation principale :</p> <p>MORALE (anxiété, pleurs, dépression...)  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>

## Évaluation des soins techniques infirmiers :

**Pansements :** préciser leur nombre et leur localisation

---

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

**Sondes :**

- Sonde à oxygène
- Sonde naso-gastrique
- Sonde de trachéotomie
- Sonde urinaire

**Stomies :**

- Urétérostomie
- Colostomie
- Gastrostomie

**Appareillage divers :**

- Pace-maker
- Chambre implantable
- Prothèse
- Orthèse

**Situation de soins palliatifs :**

Nom et Fonction de l'évaluateur :

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

Cachet :

Date :

Signature :