



L'ASTERINA
20 chemin du Patrouillet
27160 BEMECOURT

TEL 02 32 29 37 00
FAX 02 32 34 24 24
asterina@domidep.fr

DOSSIER MEDICAL COMMUN
DE LIAISON ET D'ADMISSION

SSR EHPAD USLD

ETABLISSEMENT DE SANTE / EHPAD
DESTINATAIRE

Nom médecin référent :

☎ secrétariat :

☎ service :

FAX :

Adresse e-mail :

ETABLISSEMENT DE SANTE / EHPAD D'ORIGINE

Nom médecin référent :

☎ secrétariat :

☎ service :

FAX :

Adresse e-mail :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remplir par le médecin traitant ou par le médecin de l'établissement d'hospitalisation)

Nom : Prénom : né(e) le :

Coordonnées du patient :

Référent principal du patient :

Protection juridique : oui non en cours **APA** oui non

MOTIF DE LA DEMANDE :

PROJET MEDICO-SOCIAL :

ANTECEDENTS :

GIR = (A TITRE INDICATIF)

PATHOLOGIES EN COURS (diagnostics et/ou symptômes) :

→ préciser si prise en charge ALD pour chaque pathologie

-
-
-
-
-
-

ESCARRE - oui → LOCALISATION : - non

INFECTION A GERME MULTI-RESISTANT - oui - non

TRAITEMENT (y compris injection et oxygénothérapie)- REGIME ALIMENTAIRE :

POIDS :

TAILLE :

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Date :

Signature et nom du médecin :

PROFIL D'AUTONOMIE

1 – COHERENCE :

- incohérent
- partiellement incohérent
- cohérent

2 – ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE :

- totalement désorienté
- partiellement désorienté
- bien orienté

3 – VUE :

- non voyant
- mal voyant
- pas de problème de vue

4 – AUDITION :

- non entendant
- mal entendant
- entendant bien

5 – PAROLE :

- ne peut s'exprimer
- parle avec difficulté
- parle normalement

6 – HYGIENE :

- ne se lave pas
- se lave avec aide
- se lave seul

7 – HABILLAGE :

- ne s'habille pas
- doit être aidé
- s'habille seul

8 – ALIMENTATION :

- doit être alimenté
- doit être aidé
- mange seul

TEXTURE

- normale
- hachée
- mixée

TROUBLES DE LA DEGLUTITION oui non

9 – CONTINENCE :

- | | Urinaire | Anale |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - incontinence complète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - incontinence occasionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - normale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10 – MARCHÉ :

- confiné au lit/fauteuil
- ne peut se déplacer
- fauteuil roulant, accompagné
- fauteuil roulant, seul
- avec l'aide :
 - d'une personne
 - d'une canne
 - d'un déambulateur
- sans assistance

11 – PERIMETRE DE MARCHÉ :

- dans la chambre uniquement
- hors de la chambre
- dans le jardin

12 – VIE SOCIALE :

- s'isole
- communique à distance (*écrit, téléphone*)
- communique avec l'entourage
- peut participer à des activités de groupe

13 – TROUBLES DU COMPORTEMENT :

- oui
- non

Précisez (fugues, agitation, agressivité, apathie, déambulation, etc...) ...

.....

SOINS INFIRMIERS

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Perfusion sous cutanée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trachéotomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Injection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colostomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pansements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonde urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastrostomie ou SNG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |