



PÔLE DE SANTÉ MENTALE  
LA CONFLUENCE

# **DOSSIER MEDICAL** **D'ADMISSION**

**A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT**  
**(joindre sous pli confidentiel les volets - Médical et habitude de vie)**

## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION AU FAM PSY de Saint Cyr sur Loire

Civilité :  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom de naissance   
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

### MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement  Réorientation  Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

Nom et coordonnées du Médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone)

Nom et coordonnées du Médecin Référent (si différent du médecin traitant)

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE (CIM/DSM) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

Pathologies psychiatriques actuelles	Pathologies somatiques actuelles/Douleurs connues
--------------------------------------	---

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

**Soins palliatifs**  OUI  NON      **Allergies**  OUI  NON      si oui préciser :.....

**Conduites à risque**  OUI  NON      **Portage de bactérie multi résistante**  OUI  NON  ne sait pas  
 Alcool  OUI  NON      Si oui : localisation  
 Tabac  OUI  NON      date du dernier prélèvement  
 Sevrage  OUI  NON

<b>Poids</b> .....	<b>Taille</b> .....
--------------------	---------------------

**Fonctions sensorielles**      **Rééducation**  
 Surdité  OUI  NON      Kinésithérapie  OUI  NON  
 Cécité  OUI  NON      Orthophonie  OUI  NON  
 Autre (préciser).....

**Risque de fausse route**  OUI  NON

**Risque de chute**  OUI  NON

Droitier       Gaucher   
 Troubles neurologiques  OUI  NON si oui .....

**Vaccinations**  
**date du dernier rappel DTP:**.....  
**autres :** .....

**Date de la dernière sérologie (joindre le résultat) :** .....

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**  
(si grille AGGIR non jointe)

<b>SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX</b>	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

<b>SOINS TECHNIQUES</b>	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Chambre implantable		
Dialyse		

<b>APPAREILLAGES</b>	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti- escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Lunettes		
Prothèse dentaire		
Pace- maker		
Autres / préciser le type de prothèse		

<b>PANSEMENT/SOINS CUTANES</b>	OUI	NON
Soins ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Autres		

<b>TRANSFERT</b>		A	B	C
Déplacements	A			
	A			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

**Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs..) et éléments pouvant déclencher et/ ou aggraver le comportement :**

## ► DIRECTIVES ANTICIPEES

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées ?  OUI  NON

**Si oui, joindre le document.**

## ► PERSONNE DE CONFIANCE

**Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : oui  non**

**JOINDRE LE DOCUMENT DE DESIGNATION SIGNE PAR LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Si oui Civilité Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

Adresse personnelle

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune / ville

Téléphone fixe

Téléphone

portable

☞ Lien familial : parent  enfant  frère/sœur  autre

## ► DEMANDE HEBERGEMENT PERMANENT

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  chez enfant/proche  logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD  accueil jour

☞ Autre (préciser)

☞ Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service :

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON   
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON   
Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé a pu être recueilli OUI  NON

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER**

NOM/ Prénom.....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone: .....  
Mail : .....

Date :  
Signature :

CACHET :

**CADRE RESERVE AU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT**

Dossier reçu le ..... signature :

Dossier complet oui  non

Adapté aux critères d'admission oui  non

Si oui / PRISE DE RENDEZ- VOUS

Date :..... Heure.....

Rendez- vous réalisé : oui  non

Si non/ autre date .....

Avis médical favorable  défavorable

Recueil du consentement du patient : oui  non

Signature du patient : .....



PÔLE DE SANTÉ MENTALE  
LA CONFLUENCE

# **DOSSIER MEDICAL** **D'ADMISSION**

**A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT**  
**(joindre sous pli confidentiel les volets - Médical et habitude de vie)**

## DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION AU FAM PSY de Saint Cyr sur Loire

Civilité :  Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom de naissance  
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

### MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement  Réorientation  Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

Nom et coordonnées du Médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone)

Nom et coordonnées du Médecin Référent (si différent du médecin traitant)

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE (CIM/DSM) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux



Pathologies psychiatriques actuelles	Pathologies somatiques actuelles/Douleurs connues
--------------------------------------	---

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

**Soins palliatifs**  OUI  NON      **Allergies**  OUI  NON      si oui préciser :.....

**Conduites à risque**  OUI  NON      **Portage de bactérie multi résistante**  OUI  NON  ne sait pas  
 Alcool  OUI  NON      Si oui : localisation  
 Tabac  OUI  NON      date du dernier prélèvement  
 Sevrage  OUI  NON

<b>Poids</b> .....	<b>Taille</b> .....
--------------------	---------------------

**Fonctions sensorielles**      **Rééducation**  
 Surdité  OUI  NON      Kinésithérapie  OUI  NON  
 Cécité  OUI  NON      Orthophonie  OUI  NON  
 Autre (préciser).....

**Risque de fausse route**  OUI  NON

**Risque de chute**  OUI  NON

Droitier       Gaucher   
 Troubles neurologiques  OUI  NON si oui .....

**Vaccinations**  
**date du dernier rappel DTP:**.....  
**autres :** .....

**Date de la dernière sérologie (joindre le résultat) :** .....

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**  
(si grille AGGIR non jointe)

<b>SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX</b>	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

<b>SOINS TECHNIQUES</b>	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Chambre implantable		
Dialyse		

<b>APPAREILLAGES</b>	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti- escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Lunettes		
Prothèse dentaire		
Pace- maker		
Autres / préciser le type de prothèse		

<b>PANSEMENT/SOINS CUTANES</b>	OUI	NON
Soins ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Autres		

<b>TRANSFERT</b>		A	B	C
Déplacements	A			
	A			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

**Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs..) et éléments pouvant déclencher et/ ou aggraver le comportement :**

## ► DIRECTIVES ANTICIPEES

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées ?  OUI  NON

**Si oui, joindre le document.**

## ► PERSONNE DE CONFIANCE

**Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : oui  non**

**JOINDRE LE DOCUMENT DE DESIGNATION SIGNE PAR LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Si oui Civilité Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

Adresse personnelle

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune / ville

Téléphone fixe

Téléphone

portable

☞ Lien familial : parent  enfant  frère/sœur  autre

## ► DEMANDE HEBERGEMENT PERMANENT

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  chez enfant/proche  logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD  accueil jour

☞ Autre (préciser)

☞ Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service :

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON   
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON   
Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé a pu être recueilli OUI  NON

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER**

NOM/ Prénom.....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone: .....  
Mail : .....

Date :  
Signature :

CACHET :

**CADRE RESERVE AU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT**

Dossier reçu le ..... signature :

Dossier complet oui  non

Adapté aux critères d'admission oui  non

Si oui / PRISE DE RENDEZ- VOUS

Date :..... Heure.....

Rendez- vous réalisé : oui  non

Si non/ autre date .....

Avis médical favorable  défavorable

**Recueil du consentement du patient : oui  non**

**Signature du patient : .....**