



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 habitudes de vie)

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USLD 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

Poids	Taille
--------------------	---------------------

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)

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	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		

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

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

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

TRANSFERT		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 habitudes de vie)

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION A L'USLD 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

Poids	Taille
--------------------	---------------------

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)

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	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		

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

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

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

TRANSFERT		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 :