

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 1/9

Recueil fait le :...../...../..... par :.....

En collaboration avec : la famille le résident autres

Nom d'usage :..... Prénom :

Nom de Naissance :..... Date de naissance :.....

➤ **Provenance ou lieu d'habitation avant entrée :**

Service hospitalier/ USLD :

EHPAD/ foyer logement :.....

Domicile/adresse :.....

➤ **Situation familiale et conditions de vie :**

Marié Veuf depuis : Concubinage Célibataire

Nombre d'enfants :.....enfants décédés :.....

Seul Entourage aidant : famille amis voisin

Aides à domicile Aide-ménagère Infirmière à domicile :.....

Animal de compagnie :..... Devenir de l'animal :

Liens familiaux et connaissance de la famille :

Nom et Prénom	Lien de parenté	Ville de résidence	Fréquence des visites

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 2/9

Liens avec l'entourage :

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Mesure de protection juridique** : Tutelle Curatelle

Si oui, nom et téléphone de la tutelle :

➤ **Personne à prévenir**:

➤ **Nom du médecin traitant** :

➤ **Nom du médecin qui demande l'hospitalisation** :

➤ **Nom médecin spécialiste qui assure le suivi** :

Suivi Cs Mémoire : Oui Non Nom du médecin :

Date de la dernière Cs :

Nom de la maladie neuropsychiatrique pour laquelle le patient est suivant :

.....

ATCD médicaux :

ATCD chirurgicaux :

ATCD psychiatriques :

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 3/9

Histoire de la maladie neuropsychiatrique

➤ Date des premiers signes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Evolution avec le temps :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 4/9

Histoire actuelle motivant la demande d'admission

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 5/9

Fonctions cognitives / affections psychiques

- Pas d'altération de l'efficience cognitive Altération de l'efficience cognitive
- Syndrome démentiel de type :
- Alzheimer Vasculaire Mixte Corps de Lewy Parkinson type frontal autre
- Troubles psycho comportementaux :
1. Violence, agressivité verbale, physique
 2. Fugue, instabilité, déambulation, désir de sortir, incapacité à rester assis dans la journée
 3. Hallucinations (voit ou entend des choses qui n'existent pas)
 4. Délire (croit des choses impossibles)
 5. Triste, pleure, se sent responsable
 6. Anxieux, ne veut pas être seul, peur de tout changement dans le quotidien
 7. Troubles du sommeil, difficultés à s'endormir, se lève tôt, inversion jour-nuit, s'endort facilement dans la journée
 8. Désir incessant de manger, augmentation de l'appétit, réduction de l'appétit
 9. Moment d'euphorie
 10. Peut dire des choses un peu déplacées, moins de tact, moins pudique
 11. N'a plus envie de rien faire, est devenu plus indifférent
 12. Se fâche très vite à la moindre remarque
 13. Autre, décrivez :.....

Lesquels de ces troubles du comportement sont-ils récents (moins d'un mois) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 6/9

Compréhension - Mémoire - Orientation

Fonction	Description	Commentaires
Compréhension	<input type="checkbox"/> Normale	Prothèse auditive ? oui non
	<input type="checkbox"/> Des paroles simples	
	<input type="checkbox"/> Ne comprend pas	
Langage	<input type="checkbox"/> S'exprime correctement	
	<input type="checkbox"/> Mots déformés	
	<input type="checkbox"/> Ne parle plus	
Reconnaissance des visages	<input type="checkbox"/> Reconnaît facilement	
	<input type="checkbox"/> Parfois ne reconnaît plus ses proches	Va consulter un ophtalmologue : oui non
Mémoire	<input type="checkbox"/> Bonne mémoire	
	<input type="checkbox"/> Oublis à mesure	
Orientation temporelle	<input type="checkbox"/> Peut dire précisément le jour	
	<input type="checkbox"/> Se trompe dans les jours	
Orientation spatiale	<input type="checkbox"/> Orienté dans son quartier	
	<input type="checkbox"/> S'oriente bien dans sa maison	
	<input type="checkbox"/> Cherche les pièces dans le domicile	
<p align="center">Lesquelles de ces fonctions se sont récemment aggravées (moins d'un mois) ?</p>		

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 7/9

Pansements – Soins techniques – Appareillages

Pansement ou soins cutanés	
Soins d'ulcère	
Soins d'escarres	
Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type de pansement	

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareil ventilatoire (VNI..)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti escarre		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace Maker		
Autres		

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 8/9

Etat général actuel du patient

- Le patient a-t-il été traité récemment pour un autre problème de santé ? oui non
Lequel :
- Le patient a-t-il été hospitalisé dans les 6 derniers mois ? oui non
Où :
Merci de joindre le compte rendu
- Pensez-vous qu'il ait mal ? oui non
Où :
- Avez-vous remarqué des signes récents d'inconfort ? oui non
(Essoufflé, du mal à uriner, du mal à marcher ?) Précisez :
- Est-il tombé ce dernier mois ? oui non plus que d'habitude ? oui non
- Marche-t-il moins depuis ces derniers mois ? oui non
- A-t-il été examiné par un médecin depuis que son état s'est dégradé (Médecin traitant, urgences..) Oui non
- Allergies et médicaments non supportés :
.....
.....
.....
.....
.....

Dossier médical pré admission en Unité d'Hébergement Renforcée

ENR QUAL 608

Version : 1

Date d'application : 01/2021

Page : 9/9

Traitement actuel

Nom du Médicament	Matin	midi	16 h	Soir et coucher	Indiquez si nouveau TTT < 1 mois