

**DOSSIER D 'ADMISSION à compléter par le médecin Traitant
Et à retourner à Polyclinique de Grande Synthe –
Secrétariat UCC/SSR – Avenue de la Polyclinique 59760 GRANDE SYNTHE**

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'épouse :

Sexe : F M

Date de Naissance :

Ville de naissance :

Domicile : Personnel Familial EHPAD Autre (précisez) :

Adresse :

Situation familiale : Marié Veuf Divorcé Célibataire

Nombres d'enfants :

Protection juridique : Tutelle Curatelle

Personne à prévenir :

Tél :

Lien de parenté :

• **Nom du Médecin demandeur de l'hospitalisation :**

• **Nom du Médecin traitant :**

Tél. :

• **Médecin spécialiste qui le suit :** (Nom, prénom) :

Adresse :

Tél. :

Adresse hospitalière :

Tél. :

(merci de joindre une photocopie des courriers dont vous disposez et des comptes rendus d'examen, scanner, IRM, scintigraphie...)

• Est-il connu d'une équipe (Centre mémoire, MAIA, CLIC, ESAD...) : Oui Non

Si Oui, laquelle (coordonnées) :

• Est-il suivi en consultation mémoire : Oui Non : Nom du médecin :

Date de la dernière consultation :

• Nom de la maladie neuropsychiatrique pour laquelle il est suivi :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie neuropsychiatrique

Date de début :

Premiers symptômes :

Evolution avec le temps :

Histoire actuelle motivant la demande d'hospitalisation
(Décrivez les comportements en détail)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Types de troubles actuels du comportement (cochez les troubles qu'il présente)

1. Violence, agressivité verbale, physique
2. Fugue, instabilité, déambulation, désir de sortir, incapacité de 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. Moments 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. Autres, décrivez.....

Lesquels de ces troubles du comportement sont-ils récents (moins d'1 mois) ? :

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

Compréhension – mémoire – orientation (cochez les fonctions altérées)

Compréhension 1

- Normale Des paroles simples Ne comprend pas

Commentaires ... Prothèses auditives Autres :

Langage 2

- S'exprime correctement Mots déformés Mutique, ne parle plus

Commentaires :
.....

Reconnaissance des visages 3

- Reconnaît facilement Parfois ne reconnaît plus ses proches

Commentaires Troubles visuels Autres :

Mémoire 4

- Bonne mémoire Oublis à mesure

Commentaires.....
.....

Orientation temporelle 5

- Peut dire précisément le jour se trompe dans les jours

Commentaires.....
.....

Orientation spatiale 6

- Orienté dans son quartier S'oriente bien dans la maison cherche les pièces dans le domicile

Commentaires.....
.....

Lesquelles de ces fonctions se sont-elles récemment aggravées (moins d'1 mois) ? :

- 1 2 3 4 5 6

Autonomie actuelle (cochez son degré de dépendance)

Hygiène corporelle 1

- Autonome Aide partielle pour une partie du corps

- Aide pour plusieurs parties du corps Toilette impossible

Commentaires.....
.....

Habillage 2

- Autonome pour le choix et l'habillage S'habille, mais besoin d'aide pour se chausser

- Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement

Déshabillé (é)

Commentaires.....
.....

Aller aux toilettes 3

- Autonome Doit être accompagné, besoin d'aide

- Ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin, l'urinoir

Commentaires.....
.....

Locomotion 4

- Autonome
 Besoin d'aide : canne déambulateur fauteuil roulant ?
 Grabataire : lit médicalisé lits Alzheimer Matelas alternating

Commentaires.....
.....

Contenance 5

- Continent
 Incontinence occasionnelle : urinal fécal Incontinence permanente : pyjadrapp peniflow

Commentaires.....
.....

Repas 6

- Autonome
 Aide pour couper la viande ou peler les fruits
 Aide complète fausses routes troubles de déglutition

Commentaires.....
.....

Lesquelles de ces fonctions se sont-elles récemment aggravées (moins d'1 mois) ? :

- 1 2 3 4 5 6

Etat général actuel du patient

- A-t-il récemment été traité pour un autre problème de santé ? Oui Non
Lequel (urine, constipation, cœur ...) :
- A-t-il été hospitalisé dans les 6 derniers mois ? Oui Non
Où ? :
Merci de joindre le compte-rendu
- Pensez-vous qu'il a 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 jours ? Oui Non
- A-t-il été examiné par un médecin depuis qu'il est moins bien ? (Médecin traitant, urgences)
 Oui Non

Allergies et médicaments non supportés :

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

Traitement actuel :

Nom du médicament	POSOLOGIE				Indiquez si nouveau traitement < 1 mois
	Matin	Midi	16h00	Soir et coucher	

Régime particulier ?

Certains aliments sont-ils évités ?

Poids récent :

Perte de poids récente (estimation en kilo) :

Aspect social :

- Intervenant à domicile avant l'hospitalisation :
 - o Assistante sociale (nom et coordonnées) :
 - o Autre :

- Orientation pour le devenir du patient :
 - o Devenir :
 - o Commentaires :

- Informations importantes autres à signaler :

**MERCI DE FOURNIR L'ENSEMBLE DES COMPTE-RENDUS MEDICAUX
LIES A LA MALADIE**