

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

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'usage :

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 chauffer  
☐ 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.....  
.....

#### Continence 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 |      |       |                 |                                         |
|-------------------|-----------|------|-------|-----------------|-----------------------------------------|
|                   | Matin     | Midi | 16h00 | Soir et coucher | Indiquez si nouveau traitement < 1 mois |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |
|                   |           |      |       |                 |                                         |

**Régime particulier ?**

Certains aliments sont-ils évités ?

Poids récent :

Perte de poids récente (estimation en kilo) :

**Aspect social :**

- Intervenant à domicile avant l'hospitalisation :
  - Assistante sociale (nom et coordonnées) :
  - Autre :
- Orientation pour le devenir du patient :
  - Devenir :
  - Commentaires :
- Informations importantes autres à signaler :

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