



Centre d'Accueil  
pour Personnes Agées

**Les Lauriers**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

DOSSIER MEDICAL

CONFIDENTIEL

A l'attention du médecin coordinateur



**ANTECEDENTS MEDICO- CHIRURGICAUX** : (Ne tenir compte que des antécédents en rapport avec la pathologie ou ayant entraîné des séquelles médicales ou fonctionnelles)

**PATHOLOGIE PRINCIPALE MOTIVANT L'HOSPITALISATION ACTUELLE :**

**PATHOLOGIES ASSOCIEES ENTRAINANT UN HANDICAP MEDICAL FONCTIONNEL OU COGNITIF :**

**PRINCIPALES THERAPEUTIQUES ADMINISTREES AU PATIENT :**

**PROBLEMES PARTICULIERS POSES PAR LE PATIENT :**

Surdité, Cécité	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Assistance respiratoire y compris oxygène en continu ou discontinu	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
Assistance nutritive : gastrostomie, sonde nasogastrique, Alimentation entérale	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

## BILAN D' AUTONOMIE

### HYGIENE :

	Fait	fait partiellement	Ne fait pas seul
Toilette du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ALIMENTATION :

Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ELIMINATION :

Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DEPLACEMENTS :

Transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COHERENCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION POUR ALERTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GIR : \_\_\_\_\_**

### ORIENTATION SOUHAITEE :

- Moyen séjour
- Maison de repos
- Maison de retraite / cure médicale
- Long séjour
- Hébergement temporaire

Cachet du service

Ou du praticien

Date :    /    /

Signature du médecin