

Les Jardins
du Loing
MAISON DE RETRAITE

DOSSIER MÉDICAL

Identité de la personne

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Provenance : Domicile Hôpital / Clinique

Autre (à préciser) :

Motif de la demande :

Protection juridique (tutelle, curatelle...) :

Nom et coordonnées de la personne référente :

Antécédents

Médicaux :

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

Chirurgicaux :

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

Allergies :

.....

Vaccinations :

.....

État actuel

Etat général :

.....

Poumons :

Cœur :

Neurologique :

MMS récent : /30

Etat psychique et psychiatrique :

.....

.....

Appareil digestif :

.....

.....

Autonomie et dépendance (suite)

Toilette : Aucune aide
 Aide partielle ou incitation : pour le haut pour le bas
 Aide importante : pour le haut pour le bas
 Aide totale

Habillage : Aucune aide
 Aide partielle : pour le haut pour le bas
 Aide totale

Incontinence : Aucune
 Incontinence occasionnelle
 Incontinence permanente
 Sonde à demeure n° _____ Posée le : _____

Déplacement : Se déplace à l'intérieur : seule avec aide
 Se déplace à l'extérieur : seule avec aide

Utilise : Fauteuil roulant Déambulateur Canne
 Ne se déplace pas

Orientation : Dans le temps : bonne perturbée
 Dans l'espace : bonne perturbée

Comportement : Adapté Inadapté Agressif Repli sur soi
 Troubles du sommeil Idées délirantes Troubles de la mémoire

Communication : bonne mauvaise impossible

Autres renseignements ou commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire rempli le

SIGNATURE
ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

À faire remplir par le médecin traitant

Évaluation physique et psychique selon la grille AGGIR

A = Correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas

| | |
|---|--|
| COHÉRENCE Converser et/ou se comporter de façon logique | |
| ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et le lieu | |
| HABILLAGE S'habiller, se déshabiller | |
| ALIMENTATION | |
| ÉLIMINATION Assurer l'hygiène de l'élimination | |
| TRANSFERT Se lever, se coucher, s'asseoir | |
| DÉPLACEMENT À L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant | |
| DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport | |
| COMMUNICATION À DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette ... | |

Groupe Iso-Ressource :

Date :

SIGNATURE
 ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT