

DEMANDE D'ADMISSION
ACCUEIL DE JOUR /ACCUEIL REPIT
VOLET MEDICAL

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

Identité :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___

Diagnostic principal :

Histoire de la maladie actuelle :

Antécédents (médicaux et chirurgicaux) ? Comorbidités ? :

Traitement : remplir feuille de traitement ci-jointe

Vaccination :

Tétanos : oui non date : _____

Allergie : (alimentaire ou médicamenteuse) _____

Situations à risques :

Evaluation des symptômes psycho-comportementaux :

Idées délirantes	OUI	NON
Hallucinations	OUI	NON
Agitation, agressivité	OUI	NON
Dépression	OUI	NON
Anxiété	OUI	NON
Apathie	OUI	NON
Désinhibition	OUI	NON
Comportements moteurs aberrants (déambulation, gestes incessants, risque de sortie non accompagnée,...)	OUI	NON

Risque de fausse route :

OUI	NON
-----	-----

Risque de chute :

OUI	NON
-----	-----

Chute antérieure à 6 mois :

OUI	NON
-----	-----

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspect cognitif,...) :

DATE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

SIGNATURE /CACHET :

Traitement en cours :

Nom du médicament - dosage	posologie	Fréquence (ou horaires)

DATE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

SIGNATURE /CACHET :