

<b>DEMANDE D'ADMISSION ACCUEIL RELAIS AIDES</b> « Le Temps d'un souffle... » <b>VOLET MEDICAL</b> <b>Document médical à mettre sous pli confidentiel</b>		
Référence : <b>EN - 115</b>	Version : <b>01</b>	Date d'application : <b>Mars 2025</b>

**Identité :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Diagnostic principal :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antécédents (médicaux et chirurgicaux), comorbidités :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergies :** (alimentaire ou médicamenteuse) \_\_\_\_\_

**Traitement :** remplir le tableau ci-dessous ou joindre l'ordonnance

Nom du médicament - dosage	Posologie	Fréquence (ou horaires)

**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 :**