



À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ÉTABLISSEMENT DE VOTRE CHOIX

Fait le..... par (nom du médecin) :

Personne concernée

nom : prénom :
âge : poids : taille :

Motifs principaux de l'impossibilité du maintien à domicile ou dans l'institution précédente

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

Soins spécifiques

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

Consultation gériatrique : oui non

Consultation mémoire : oui non

Antécédents médicaux et chirurgicaux

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

Allergies connues

.....
.....

Mise à jour des vaccins (notamment antithétanique et antipneumococcique)

.....

Traitement actuel (ou joindre la dernière ordonnance) :

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

Pathologie justifiant l'ALD

.....

Suivi par le médecin traitant en cas d'hébergement temporaire : oui non

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Locomotion

A) transfert :

seul avec aide ne marche pas

B) déplacement :

seul avec difficultés tierce personne nécessaire
 ne se déplace pas fauteuil roulant
 cannes déambulateur

C) antécédents chutes sur les trois derniers mois :

0 1 à 3 4 ou plus

Alimentation

mange seul(e) aide partielle aide totale

souffre d'un trouble de la déglutition : oui non

alimentation entérale : sonde naso-gastrique oui non
gastrotomie oui non

Habillage/hygiène corporelle

douche : seul(e) aide partielle aide totale

toilette : seul(e) aide partielle aide totale

habillage : seul(e) aide partielle aide totale

Élimination urinaire

continence

incontinence diurne : occasionnelle fréquente

incontinence nocturne : occasionnelle fréquente

étui pénien sonde urinaire protection usage unique urostomie

Élimination fécale

continence incontinence colostomie

protection à usage unique : oui non diurne nocturne

Communication

troubles du langage : absence modérés sévères

troubles de l'audition : absence modérés sévères

troubles de la vision : absence modérés sévères

État psychique

Troubles identifiés :

mémoire : absence modérés sévères

désorientation : absence modérés sévères

conduite déambulation : absence modérés sévères

risques de fugue : absence modérés sévères

conduite d'opposition : absence modérés sévères

cris : absence modérés sévères

La personne doit-elle être admise dans une unité adaptée pour personnes désorientées :

oui non ne sait pas

Y a-t-il eu une évaluation neuropsychologique :

non oui (date et lieu) :

Cachet du médecin