

SOLEMNES

QUESTIONNAIRE MEDICAL D'ADMISSION

Ce questionnaire est à renseigner par le médecin traitant, gériatre ou neurologue de la personne candidate à une admission.

Les informations contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles et protégées par le secret médical. Ce document doit être placé dans une enveloppe portant la mention « *pli confidentiel médical* »

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

Le cas échéant

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

.....

CIRCONSTANCES MOTIVANT LA DEMANDE D'ADMISSION

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Altération physique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Altération psychique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Altération du réseau social et/ou familial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autre, à préciser | | |

Accord de l'intéressé à une entrée en structure

Certain Douteux Absent

ANTECEDENTS

Médicaux

Chirurgicaux

.....

Psychiatriques

.....

SOLEMNES

AFFECTIIONS NEUROLOGIQUES

oui non

Si oui, lesquelles ?

Troubles moteurs

(à préciser)

Troubles sensitifs

(à préciser)

Troubles de l'équilibre

(à préciser)

Troubles de la coordination

(à préciser)

Troubles des fonctions supérieures

normale

anormale

● Mémoire récente

● Mémoire ancienne

● Langage

● Praxies

● Cohérence

● Orientation

Troubles du comportement

oui

non

● Agitation

● Agressivité

● Cris

● Fugues

● Délires

● Hallucinations

● Déambulation nocturne

● Refus d'alimentation

SOLEMNES

- Autres

Troubles sensoriels	oui	non
● Vision suffisante dans la vie courante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Audition suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Prothèse(s) auditive(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autonomie

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| ● Station debout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Marche sans aide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Canes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Déambulateurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Prothèse(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Transferts (lit/fauteuil – fauteuil/debout) possibles : | | |
| seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> | impossibles <input type="checkbox"/> |
| ● Fait sa toilette | | |
| Seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> | impossible <input type="checkbox"/> |
| ● S'habille avec cohérence | | |
| seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> | impossible <input type="checkbox"/> |
| ● Mange seul seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Alimentation	oui	non
● Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(à préciser)		
● Mixée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Liquide ou semi liquide per os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Par sonde de gastrotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLEMNES

- Troubles de la déglutition
- Port de prothèses dentaires

Continence	oui	non
• Continent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Continent si mené régulièrement aux wc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Incontinence de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Incontinence diurne et nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonde urinaire à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitement en cours	oui	non
• Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médicaments :

OBSERVATIONS

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

SOLEMNES

NOM du MEDECIN

DATE

signature et cachet :