

Admission

A remplir par votre médecin traitant (sauf si sortie de milieu hospitalier)

Document couvert par le secret médical à remettre sous pli confidentiel au personnel médical de l'établissement et joindre la synthèse du bilan de santé.

Cher Docteur,

Nous vous remercions par avance de remplir soigneusement ce dossier médical. Il concerne l'état de santé d'une personne que vous suivez. La précision de vos renseignements contribuera à une prise en charge adaptée de votre patient.

Nom

Prénoms

Date de naissance

ACTUELLEMENT, LA PERSONNE EST :

- ☐ À domicile ☐ À l'hôpital ou en clinique ☐ En établissement spécialisé
☐ En maison de repos ☐ En maison de révalidation ☐ Autres
Coordonnées :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX ET OPHTALMIQUES :

PATHOLOGIES EN COURS :

ALLERGIES :

La personne a-t-elle bénéficié d'une vaccination anti-pneumococcique ? ☐ OUI ☐ NON
Le résident est-il porteur d'une MRSA connue ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, localisation et type ?

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

- ☐ Poids : _____
☐ Tabac : ☐ OUI ☐ NON
☐ Alcool : ☐ OUI ☐ NON
☐ Diabète : ☐ OUI ☐ NON ☐ DNID ☐ DID
☐ Ins. Thyroïdienne : ☐ OUI ☐ NON
☐ Pace Maker : ☐ OUI ☐ NON
☐ Transfusions : ☐ OUI ☐ NON
☐ Séquelles neurologiques : ☐ OUI ☐ NON
☐ Séquelles orthopédiques : ☐ OUI ☐ NON
☐ Pathologie psychiatrique : ☐ OUI ☐ NON
☐ Épilepsie : ☐ OUI ☐ NON
☐ Régime particulier : ☐ OUI ☐ NON Lequel : _____
☐ Autres pathologies : _____

APPAREILLAGE :

□ Prothèses : Dentaire □OUI □NON
 Orthopédique □OUI □NON
 Auditive □OU □NON
 Oculaire □OUI □NON

SOINS EN COURS :

□ Injections : □OUI □NON □TYPE
□ Escarres : □OUI □NON □TYPE
□ Autres pansements : □OUI □NON □TYPE
□ Sonde vésicale : □OUI □NON
□ Autres sondes (préciser) :
□ Surveillance particulière :

TRAITEMENT EN COURS :

ECHELLE DE KATZ :

CRITERE	SCORE	1	2	3	4
SE LAVER		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus ou en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des 3 items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des 3 items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les 3 items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificielle compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou des selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

Sur base de cette échelle d'évaluation : catégorie □O □A □B □C □ C dément

Je soussigné(e) Docteur _____

Déclare avoir examiné Monsieur ou Madame _____

Le _____ À _____ CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN