

Document à remplir par le médecinDemande établie pour
NOM/Prénom du patient :

Date de naissance :

Date de la demande :

NOM, signature et cachet du médecin qui établit la demande :

Téléphone :

 Est le médecin traitant Cochez si besoin*Ce questionnaire médical rempli avec soin, servira
à l'amélioration de la prise en charge du patient au moment de l'admission.* **Cochez si besoin****Projet
de soins :** Affection personnes âgées poly pathologiques:
 Soins palliatifs Maladies digestives, métaboliques et endocriniennes
 Soins de support oncologiques et hématologiques (> 50)**Diagnostic clinique :****Projet thérapeutique
Rééducation/Réadaptation/
Réautonomisation :**

-
- Kinésithérapie
-
-
- Ergothérapie
-
-
- Orthophonie
-
-
- Psychomotricité
-
-
- Diététique
-
-
- Psychologue
-
-
- Assistante sociale
-
-
- Animation

Antécédents médico-chirurgicaux (et dates) :**Poids :****Taille :**

-
- Amaigrissement
-
-
- Obésité
-
-
- Régime Normal
-
-
- Sans sel
-
-
- Diabétique
-
-
- Autre, précisez :

Constantes :

Pouls :

Tension artérielle :

Fréquence
cardiaque :

Saturation :

Perfusions

-
- PAC
-
-
- PCA
-
-
- SE
-
-
- GPE
-
-
- Autre, précisez :

-
- Pace maker
-
-
- Stomie
-
-
- Prothèse articulaire

 Autre, précisez :**Matériel utilisé :**

-
- Lit médicalisé
-
-
- Matelas anti-escarres
-
-
- Extracteur d'oxygène
-
-
- Autre, précisez :

Dépendance : Alcool Autre, précisez :

Traitement actuel :

Bilan sanguin :

Allergies médicamenteuses :

Allergies autres :

Surveillance et soins infirmiers : **Cochez si besoin**

- Ventilation Incontinence Sonde à demeure Infection B.M.R. : précisez
 Pansements Ulcères Soins d'escarres Autres, précisez :

Surveillances particulières : Troubles cognitifs Chutes répétées

Troubles du comportement : Agressivité Déambulation Fugues

Actes de la vie quotidienne <input checked="" type="checkbox"/> Cochez si besoin		Autonome	Aide partielle	Aide totale
Cohérence	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	Se repérer dans le temps et dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Toilette du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toilette de bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage Déshabillage	Habillage du haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillage moyen (fermetures, gestes fins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillage du bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Texture <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> moulinée <input type="checkbox"/> mixée			
Contenance	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	Changer de position, se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur			
Communication	Utilise : <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Alarme			

Fonctions sensorielles et relationnelles		Bon	Moyen	Difficile	Observations
Respiration	<input type="checkbox"/> Oxygène				
Vision	<input type="checkbox"/> Lunettes				
Audition	<input type="checkbox"/> Appareillage				
Langage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interaction sociale	Relation en collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observations particulières :