

NOM PRENOM :…………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………………………………………………………

Personne de contact : (coordonnées, lien de parenté, mail) …………………

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….

**Maison de Repos et de Soins HEUREUX SEJOUR / QUIETUDE / PIERRE PAULUS**

RAPPORT MEDICAL DE PRE-ADMISSION :

Entourez svp **o LONG SEJOUR o COURT SEJOUR**

Antécédents :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pathologies actuelles :………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Traitement médical :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du médicament | Dosage  | Fréquence et heure d’administration |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| DATE  | CACHET  | SIGNATURE  |

* **Vaccination COVID :** o oui o non

Date injection :………………………………………………….

* **Assuétudes :**
* Tabac : o oui o non
* Alcool : o oui o non

Si oui : quelle quantité :

* **Allergies :** o oui o non

Si oui, svp, préciser :………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Maladies transmissibles :** o oui o non

Si oui, svp, préciser :………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Soins Palliatifs :** o oui o non

Déclaration mutuelle faite o oui o non

* **Pansements/ Plaies**

Type : o ulcère o escarre o chirurgicale o Autres ……………………………………………………

PROTOCOLE DE SOINS ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Soins spécifiques :**
* Matelas alternating o oui o non
* Contention o oui o non

 o EN JOURNEE o LA NUIT TYPE : ……………………………………………………..

* Oxygénothérapie : o oui o non débit …………………………..

+ type de convention : o courte durée (< 3 mois)

 o longue durée (>3 mois)

 o palliatifs

* Sonde de gastrostomie : o oui o non
* Sonde nasogastrique : o oui o non
* Colostomie : o oui o non
* Urétérostomie : o oui o non
* Sonde vésicale : o oui o non
* Autres : ………………………………………………………………………………………………………………………..
* **Alimentation :**
* TEXTURE : o NORMALE o MOULUE o SEMI-LIQUIDE o ALIMENTATION ENTERALE
* Régime ordinaire : o oui o non
* Régime diabétique : o oui o non
* Régime sans sel : o oui o non
* Autres :……………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Incontinence :**
* Continence
* Incontinence o Urinaire : o Fécale
* Incontinence o Diurne o Nocturne
* **Déplacements :**

O Autonome

O Marche avec une/deux canne(s)

O Tribune

O Chaise roulante

O Grabataire

O Se déplace pour aller au fumoir, à la salle à manger

* **Comportements :**

Agitation : O Jamais

 O Occasionnelle : O Verbale O Gestuelle

 O Souvent : O Verbale O Gestuelle

Agressivité : O Jamais

 O Occasionnelle : O Verbale O Gestuelle

 O Souvent : O Verbale O Gestuelle

 Risque de fugue : O Possible O aucun risque

Comportement contrôlé par médication : O oui O non

* **Kinésithérapie en cours :** o oui o non

Svp, si oui, préciser : …………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Autres recommandations particulières :**……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Merci de bien vouloir joindre ou compléter les documents suivants :

* Échelle de Katz
* Certificat de non-contagion :

Je soussigné(e),……………………………………………., docteur en médecine, déclare que …………………………

n’est porteur d’aucune maladie contagieuse.

Date :

Nom :

Signature et cachet :

