



Résidence Ruessium

## **DOSSIER MEDICAL** (à faire remplir par votre médecin)

A joindre sous enveloppe cachetée à l'attention du docteur Jean-Luc BLANC, médecin coordonnateur de la Résidence Ruessium.

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe : Féminin

Masculin

**1/ Motif médical et/ou social d'entrée en EHPAD :**

**2/ Pathologies actives :**

**3/ Antécédents :**

- Antécédents médicaux : *(merci de préciser les dates connues)*
  
- Antécédents psychiatriques : *(merci de préciser les dates connues)*
  
- Allergies : *(merci de préciser les dates connues)*

**4/ portage et localisation de BMR**

Oui                       Non                       Non recherché

Si oui, localisation :

**5/ Traitement en cours, prises en charges associées et/ou rééducations :**

- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....  
- ..... - .....

**6/ Prises en charges associées et/ou rééducations :****7/ Informations cliniques :**

Poids :

Taille :

IMC :

Stomie 

Type :

Trouble de la déglutition : **Symptômes psycho-comportementaux :**Idées délirantes  Hallucinations  Agitations, agressivités, troubles bruyants Dépression  Anxiété  Apathie Désinhibition  Troubles du sommeil  Comportement moteur aberrant Déambulation pathologique  Troubles de la mémoire Risque d'errance, déambulation 

Autres : \_\_\_\_\_

Dernière cotation MMS connue : \_\_\_\_\_/30

Date évaluation :

**Déficits sensoriels :**Visuel Auditif Si oui : Appareillé(e) Non appareillé(e) 

Autres : \_\_\_\_\_

Continence :Incontinence urinaire Incontinence fécale Permanente Permanente Sonde à demeure Occasionnelle Occasionnelle Soins techniques :Sonde à oxygène Sonde d'alimentation Sonde trachéotomie Sonde urinaire Gastrostomie Colostomie Urétérostomie Appareillage ventilatoire Chambre implantable Dialyse péritonéale 

Autres : \_\_\_\_\_

Pansements ou soins cutanés :Soins d'ulcère Soins d'escarres 

Autres : \_\_\_\_\_

Localisation : \_\_\_\_\_

Stade : \_\_\_\_\_

Durée du soin : \_\_\_\_\_

Type de pansement : \_\_\_\_\_

Appareillages :Fauteuil roulant Déambulateur Lit médicalisé Matelas à air orthèse Prothèse Pace maker 

Autres : \_\_\_\_\_

**8/ Conduites à risque :**Alcool Tabac Sevrage 

Autres : \_\_\_\_\_

**9/ Préciser les vaccinations à jour et faites (dates + type de vaccins) :****10/ Commentaires et précisions sur l'état de santé :****Nom du médecin à l'origine du présent dossier médical :****Cachet :****Date et signature :****Coordonnées du médecin traitant de la personne si différent :**



Résidence Ruessium

**CADRE RESERVE AU MEDECIN COORDONNATEUR**  
*Docteur Jean Luc BLANC*

Décision médicale prise pour :

Madame, Monsieur : \_\_\_\_\_

OUI

Secteur EHPAD

Secteur Unité protégée des Bleuets

NON

Date :

Observations :

Signature du médecin coordonnateur :