



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 :