

E.P.S. PERRAY-VAUCLUSE
91360 Epinay-sur-Orge
☎ 01.69.25.42.00

EHPAD du Perray
Bâtiments Esope/Flore/Diane

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	2
ETAT CIVIL	2
<i>Personnes à prévenir :</i>	<i>2</i>
SITUATION SOCIALE	4
RESSOURCES :	4
PROTECTION JURIDIQUE :	4
DOSSIER MEDICAL.....	5
HISTOIRE DE LA PERSONNE	5
ANTECEDENTS.....	5
MEDICAUX :	5
CHIRURGICAUX :	5
PSYCHIATRIQUES :	5
HISTOIRE DE LA MALADIE RECENTE	6
RESUME D'HOSPITALISATION :	6
<i>Etat général :</i>	<i>6</i>
<i>Etat psychiatrique et caractériel :</i>	<i>6</i>
<i>Examens cliniques :</i>	<i>7</i>
1°) Appareil cardio-vasculaire	7
2°) Appareil pulmonaire	7
3°) Appareil digestif	8
4°) Appareil génito-urinaire.....	8
5°) Etat cutané	8
6°) Appareil locomoteur	8
7°) Appareil sensoriel et dentaire	9
8°) Maladies ou infirmités actuelles	9
9°) Sommeil.....	9
10°) Comportement	10
11°) Alimentation.....	10
BILAN :	10
<i>Biologie :</i>	<i>10</i>
<i>Imagerie :</i>	<i>10</i>
<i>Vaccinations :</i>	<i>10</i>
<i>Radios pulmonaires (- de 3 mois).....</i>	<i>10</i>
TRAITEMENT ACTUEL – REGIME – DUREE DES SOINS.....	11
REEDUCATION.....	11
RECOMMANDATIONS SPECIALES.....	11
EVALUATION DE L'AUTONOMIE.....	11

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ETAT CIVIL

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénoms :

Sexe : F M

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Nationalité :

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve) Vie maritale

Personnes à prévenir :

NOM :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Noms et adresse des enfants ou de la famille :

Téléphone :

Service de soins à prévenir (en cas d'admission psychiatrique) :

SITUATION SOCIALE

Retraité(e) Invalidité RMI

N° sécurité sociale :

Centre n° :

Adresse du centre :

Droits ouverts :

100 %

CMU complémentaire

Mutuelle

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

RESSOURCES :

Coordonnées des organismes payeurs :

Références :

Adresse :

Téléphone :

PROTECTION JURIDIQUE :

Sauvegarde de justice Curatelle Curatelle Renforcée Tutelle

Date :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

DOSSIER MEDICAL

Histoire de la Personne

Antécédents

MEDICAUX :

CHIRURGICAUX :

PSYCHIATRIQUES :

Toxicomanie

Alcoologie

Tabagie

Histoire de la maladie récente

RESUME D'HOSPITALISATION :

Etat général :

Etat psychiatrique et caractériel :

Examens cliniques :

1) Appareil cardio-vasculaire

Tension artérielle :

Incidents cardiaques :

Lesquels :

Appareillage :

Pacemaker avec date de contrôle et lieu de pose :

ECG :

Echographie cardiaque :

2) Appareil pulmonaire

Examens radiologiques (dates et résultats) :

3) Appareil digestif

- Transit :

4) Appareil génito-urinaire

Incontinence Albumine Sucre

5) Etat cutané

Normal Maladie de peau Ulcères Autres

Préciser :

6) Appareil locomoteur

La personne est-elle :

Alitée

En fauteuil

Privée de l'usage d'un ou de plusieurs membres Préciser :

Aide d'une tierce personne pour se livrer à tous les actes de la vie quotidienne

7) Appareil sensoriel et dentaire

Vue :

Lunettes :

Ouïe :

Appareil auditif :

Dentition :

Prothèse dentaire :

8) Maladies ou infirmités actuelles

Nature exacte :

A quand remonte l'affection :

Traitement en cours :

9) Sommeil

Bon

Perturbé

Traitement en cours :

10) Comportement

- Normal
- Troubles gênants pour l'entourage
- Climat particulier recommandé
- Désorienté
- Dépressif
- Anxieux

11) Alimentation

S'alimente seul avec aide

Régime :

BILAN :

Biologie :

Date des bilans :

Imagerie :

Vaccinations :

Radios pulmonaires (- de 3 mois)

Traitement actuel – Régime – Durée des soins

Rééducation

Recommandations spéciales

La personne peut-elle voyager assise ? oui non
Doit-elle être accompagnée ? oui non

Evaluation de l'autonomie

Grille AGGIR