



Fiche Standardisée de préadmission d'HTS en EHPAD

Emetteur / Rédacteur :		Date de création :	
Approbation :		Dernière mise à jour :	
Référént DAC du Dossier :		Date de prise en charge :	
Référént EHPAD du Dossier :		Date de prise en charge :	
Volet Administratif - À REMETTRE À L'EHPAD			
Identité de la personne accueillie	NOM : _____	Prénom : _____	
Date naissance	_____		Âge : _____
Lieu de naissance	_____		
Adresse	_____		
	Code postal : _____	Ville : _____	
Téléphone	_____		
Protection juridique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Habilitation Familiale <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Mandat de protection future (<input type="checkbox"/> actif ou <input type="checkbox"/> non-actif)		
Personne de confiance	NOM : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne accueillie : _____ La personne de confiance désignée assure-t-elle la protection juridique ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Motif d'entrée en HTS	<input type="checkbox"/> Sortie d'Hospitalisation <input type="checkbox"/> Répit non programmé de l'Aidant <input type="checkbox"/> Sortie d'un service d'accueil des urgences <input type="checkbox"/> Adaptation du logement <input type="checkbox"/> Hospitalisation ou Défaillance soudaine de l'Aidant <input type="checkbox"/> Déménagement <input type="checkbox"/> Crise sanitaire (épidémique, climatique, sociale) <input type="checkbox"/> Mise à l'abri <input type="checkbox"/> Autre urgence (Préciser) : _____		
Date d'entrée en HTS	_____		
Provenance	<input type="checkbox"/> Etablissement Sanitaire <input type="checkbox"/> ESMS <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Famille d'accueil (Conseil Départemental) <input type="checkbox"/> Sans Abri <input type="checkbox"/> Autre / Préciser : _____		
Date prévisionnelle de sortie en HTS	_____		
Projet de sortie de l'HTS	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Accueil chez un proche <input type="checkbox"/> Famille d'accueil (Conseil Départemental) <input type="checkbox"/> HT/HP EHPAD <input type="checkbox"/> Autre / Préciser : _____		
Justificatifs d'identité et d'ouverture des droits	<input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte Vitale <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Copie du jugement de protection juridique <input type="checkbox"/> Autre / Préciser : _____		
Observations	_____		

Fiche Standardisée de préadmission d'HTS en EHPAD

Emetteur :		Date de création :
Approbation :		Dernière mise à jour :
Référent DAC du Dossier :	Date de prise en charge :	
Référent EHPAD du Dossier :	Date de prise en charge :	
Volet Médical - À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'EHPAD		
Identité du Médecin traitant	NOM : _____	Prénom : _____
Prénom	_____	
Adresse	_____	
	Code postal : _____	Ville : _____
Téléphone	_____	
Médecin Prescripteur de l'HTS <i>Joindre le certificat d'admissibilité médicale</i>	S'agit-il du médecin traitant ?! <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser :	
	NOM : _____	Prénom : _____
	Spécialité : _____	
	Adresse : _____	
	Téléphone : _____	
	Lieux d'exercice : _____	
Etat de santé de la personne accueillie		
Observations générales		Taille : _____ Poids : _____
Pathologies actuelles		ALD : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui préciser : _____ _____ _____
Traitements en cours <i>Joindre les ordonnances en cours</i>	Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> A réaliser - Préciser : _____	
Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques		
Immunité		
Covid-19	Vaccination : <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} injection <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} injection <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
	Test RT-PCR / Antigénique <72H : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> A réaliser	
Portage de bactérie multi résistante (BMR)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui préciser : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas Date du dernier prélèvement : _____	
HIV	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui depuis quand : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas Date du dernier prélèvement : _____	
Autre : (Préciser)		
Situations particulières		
Conduite Addictive	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui préciser laquelle : _____ Si oui préciser si elle est en cours de sevrage : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Déficiences sensorielles & Handicap	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser laquelle/ lequel) <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
	<input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Gustative <input type="checkbox"/> Olfactive <input type="checkbox"/> Vestibulaire <input type="checkbox"/> Tactile <input type="checkbox"/> Handicap sensoriel <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Mental (déficience intellectuelle) <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ Incapacité permanente ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Rééducation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser laquelle) <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	

Risque de chute	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Allergies	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Préciser : _____		
Niveau d'autonomie	Cotation :	A : Fait seul les actes quotidiens spontanément, totalement, habituellement et correctement	B : Fait partiellement les actes quotidiens, non spontanément, non habituellement ou non correctement
	Transferts :	Se lever : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	S'asseoir : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Déplacement :	A l'intérieur : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	A l'extérieur : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Toilette :	Haut : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Bas : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Élimination :	Urinaire : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Fécale : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Habillage :	Haut : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Moyen : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Alimentation :	Se servir : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Manger : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Orientation :	Espace : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Temps : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Cohérence :	Communication : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Comportement : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	Alerter :	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B
Symptômes comportementaux & psychologiques	<input type="checkbox"/> Idées délirantes		<input type="checkbox"/> Hallucinations
	<input type="checkbox"/> Agitation		<input type="checkbox"/> Agressivité
	<input type="checkbox"/> Dépression, dysphorie		<input type="checkbox"/> Anxiété
	<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur		<input type="checkbox"/> Apathie, indifférence
	<input type="checkbox"/> Irritabilité & Instabilité de l'humeur		<input type="checkbox"/> Comportement moteur aberrant – Préciser : <input type="checkbox"/> Déambulations pathologiques <input type="checkbox"/> Gestes incessants <input type="checkbox"/> Risques de sorties non accompagnées <input type="checkbox"/> Risques de fugue
	<input type="checkbox"/> Désinhibition		
	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil		
	<input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit		
Dispositifs Médicaux & Appareillages	<input type="checkbox"/> Fauteuil Roulant	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Gastronomie
	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Chambre implantable /PICC line	<input type="checkbox"/> Colostomie
	<input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/> Pompe	<input type="checkbox"/> Urétérostomie
	<input type="checkbox"/> Déambulateur Canne	<input type="checkbox"/> Ventilation invasive ou non	<input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale
	<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Prothèses (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
Soins techniques <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie - Préciser : <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Non continue <input type="checkbox"/> Sondes d'alimentation <input type="checkbox"/> Sondes de trachéotomie <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
Plaies & Cicatrisations	Pansements et soins cutanés ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Localisation : _____ <input type="checkbox"/> Soins d'ulcère Stade : _____ <input type="checkbox"/> Soins d'escarres Durée du soin : _____ <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____ Type de pansement : _____		
Recommandations sur les modalités de sortie du dispositif HTS	(date de fin de prise en charge, orientation vers une nouvelle structure, motifs de sortie...)		



**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____/_____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____/_____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>. Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____
Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal [][][][][] Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal [][][][][] Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom
Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/ville

--

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Hauteur

Poids

Maigrissement récent² Oui Non

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute Oui Non

Risque de fausse route Oui Non

Soins palliatifs Oui Non

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin