

## DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

### MOTIF DE LA DEMANDE

--

**ALD** si oui, affection exonérante

--

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents transfusions :

Allergies :

Vaccinations :

Tétanos	
grippe	

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées du médecin demandeur si différent :

Date :

Cachet et signature

--

## **PATHOLOGIES EN COURS**

Appareil cardio-vasculaire :

Stimulateur ?

Appareil respiratoire-ORL :

Appareil auditif ?

Appareil locomoteur :

Appareil digestif :

Endocrinno :

Appareil urinaire :

Gynéco :

Dermatologie :

Ophtalmologies :

Lunettes ?

Stomato :

Appareil haut  
Bas

Maladie hématologique :

Système nerveux :

## **ETAT PSYCHIQUE :**

	Aucun	Léger	Important	Majeur
Désorientation TS				
Troubles de la mémoire				
Agressivité				
Etat dépressif				
Troubles du sommeil				

	Oui	Non
Déambulation errance		
Fugues		
Alcoolisme		
Tabac		

**AUTRES :**

	Oui	Non
Oxygène		
Trachéotomie		
Assistance respiratoire		
Sonde urinaire		
Sonde gastrique		
Stomie		
Dialyse		

	Oui	Non	Lequel
Régime alimentaire			

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :**

- Traitement en cours (dernière ordonnance)
- Résultat de bilan biologique datant de moins de 3 mois (joindre une copie des résultats)
- Copie de compte rendu de consultations spécialisées
- Copie de CRH