

18, Av. Henry Dunant  
06100 Nice  
Tél. : 04.92.07.57.57  
Fax : 04.93.84.36.03

## DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION

(Sous pli confidentiel, destiné au Médecin de l'établissement)

NOM :  Prénom :

Né(e) le :  à :

Adresse :

Téléphone (1) :  Téléphone (2) :

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

### PERSONNES A PREVENIR :

1 NOM / Prénom :  Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone (1) :  Téléphone (2) :

2 NOM / Prénom :  Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone (1) :  Téléphone (2) :

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Antécédents majeurs :

Motifs de l'admission :

Histoire de la maladie :

Etat médical actuel :

Examens radiologiques et de laboratoires : (résultats essentiels datés)

Traitement à suivre :

Régime à suivre :

## BILAN DE DÉPENDANCE :

### Etat du malade au moment de la demande

(mettre une croix devant la mention correspondante à l'état du malade)

<b>COMPREHENSION</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> désorientation	<input type="checkbox"/> communication impossible
<b>PARTICIPATION</b>	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> faible	<input type="checkbox"/> négative	<input type="checkbox"/> nulle
<b>HABILLAGE</b>	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> impraticable
<b>TOILETTE</b>	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> complète	<input type="checkbox"/> pluri-quotidienne
<b>INCONTINENCE</b>	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> totale
<b>MOTRICITE</b>	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> nulle
<b>ALIMENTATION</b>	<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> installe	<input type="checkbox"/> faire manger	<input type="checkbox"/> sonde de nutrition

Autres informations : (consultations, hospitalisations à prévoir, problème social éventuel...)

Fin de séjour :

domicile

structure d'accueil

autre

Cachet du Médecin :

Date :

Nom et signature du Médecin :