EHPAD publics de LAMBESC et SAINT-CANNAT
FICHE MEDICALE

(à remplir par le médecin traitant ou le médecin de l'Etablissement dans lequel réside la personne)

Médecin traitant : NOM TEL :
Adresse :

Demande d'admission pour :
NOM : **Prénom** :
Né(e) le :

Dernier lieu de résidence : - Domicile
- Famille
- Etablissement

Adresse :

Personne de confiance (personne référente, désignée par le(la) futur(e) résident(e) auprès de laquelle nous pourrons nous adresser en cas de problème médical ou socio-administratif) :
NOM : **Adresse :**

Antécédents :

- Médicaux
- Allergie médicamenteuse :
- Psychiatriques :
- Chirurgicaux :
- Obstétricaux : (Nbre d'enfants) :

Traitement actuel :

Motif d'entrée :
- Perte d'autonomie
- Décès du conjoint
- autres

Dépendance :
- Se déplace
  - A pied ?
  - En fauteuil roulant ?

SPECIMEN

- Si semi-valide :
  - Station debout possible ?

- Toilette : Autonome ? Dépendante ?

- Alimentation : seule ? Aidée ?

- Etat neuro-psychiatrique ?
  Désorienté : OUI NON
  Agressivité : OUI NON
  Fugue : OUI NON

- Vision ? Audition ?

Caisse d'Assurance Maladie :
Adresse :

N° d'immatriculation : .. / ... / ... / ... / ..... / ..... / .....

Mutuelle ou complémentaire :

Oui Non

Si oui Coordonnées :

Couverture sociale : 100 % si Oui motif :

APA : accordée ? Si Oui GIR :

Dossier en cours ?

Aide-Sociale : Oui Non

Tutelle ou Curatelle : Oui Non

Si oui coordonnées :
Accepterait une chambre double : Oui Non

Fait à.....Le.....
Signature

⇨La personne âgée doit être informée de sa prochaine entrée en EHPAD par la famille ou le médecin traitant

⇨Fournir un certificat de non contagion et d'aptitude à la vie en collectivité

SPECIMEN