

DOSSIER MEDICAL ADMISSION AU FOYER GEORGES GODET

Foyer « Georges Godet »
7 rue des Douaniers
Olonne Sur Mer
85340 LES SABLES D'OLONNE
Tél. : 02.51.21.88.50 Fax. : 02.51.21.87.17

Le

Nom et qualité de la personne qui remplit le dossier

Adresse



ÉTAT CIVIL DU POSTULANT

Nom Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance Lieu de naissance

Adresse

MODE DE VIE

La personne vit Seule
 Avec un conjoint
 Chez ses enfants
 Autres (à préciser)

Aides Aide ménagère
 Service de maintien à domicile
 Soins infirmiers
 Autres (à préciser)

ANTECEDENTS

Médicaux

.....
.....
.....

Chirurgicaux

.....
.....
.....

Hospitalisations récentes et motifs

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Origine du handicap**
- Congénitale
 - Professionnelle
 - Accidentelle
 - Maladie

Diagnostic précis du ou des handicaps physiques ou psychiques

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date d'apparition.....

- Caractère
- Chronique
 - Evolutif

Pathologies dominantes.....
.....
.....

Thérapeutique en cours

• **Traitement médicamenteux**

.....
.....
.....

• **Soins para-médicaux**

- Absence de soins ou à caractère exceptionnel
- Soins légers ou épisodiques (*distribution de médicaments, prévention d'escarres...*)
Précisions.....
.....
- Soins infirmiers simples (*injections parentérales, pansements petits et moyens...*)
Précisions.....
.....
- Soins infirmiers lourds (*transfusions, perfusions, grands pansements, canules, alimentation par sonde, soins d'escarres...*)
Précisions.....
.....

• **Autres soins para-médicaux** (*kiné et autres...*)

- Absence de soins ou à caractère exceptionnel
 - Soins épisodiques
 - Soins fréquents (*pluri-hebdomadaires au long cours*)
 - Soins quotidiens
- Précisions.....
.....
.....

Taille..... Poids..... Etat général.....

APPAREIL RESPIRATOIRE

Signes d'insuffisance respiratoire.....

 Antécédents de tuberculose

 Dernière radio-pulmonaire effectuée le

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Coeur.....
 Tension artérielle..... Pouls
 Signes d'insuffisance cardiaque et d'affections vasculaires (claudication intermittente)

 Dernier E.C.G.....

APPAREIL DIGESTIF

.....

SYSTEME NERVEUX

Troubles de l'équilibre, vertiges, chutes.....

 Troubles moteurs, sensitifs, tremblements

OS ET ARTICULATIONS

<input type="checkbox"/> Ostéoporose	localisation.....
<input type="checkbox"/> Arthrose importante, douloureuse	localisation.....
<input type="checkbox"/> Limitation amplitude articulaire	localisation.....
<input type="checkbox"/> Amputation	localisation.....
<input type="checkbox"/> Prothèse	localisation.....

APPAREIL SENSORIEL

Audition	<input type="checkbox"/> Normale	Vision	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Diminuée		<input type="checkbox"/> Cécité
	<input type="checkbox"/> Appareillage		<input type="checkbox"/> Correctement appareillée et suivie
			<input type="checkbox"/> Cataracte
			<input type="checkbox"/> Glaucome
Dentition	<input type="checkbox"/> Normale		
	<input type="checkbox"/> Correctement appareillée et suivie		

APPAREIL UROGENITAL

Homme	<input type="checkbox"/> Pollakiurie nocturne, diurne	Femme	<input type="checkbox"/> Incontinence
	<input type="checkbox"/> Impériosité, incontinence		
Examens	<input type="checkbox"/> Orifices herniaires		<input type="checkbox"/> Orifices herniaires
	<input type="checkbox"/> Fosses lombaires		<input type="checkbox"/> Toucher pelvien
	<input type="checkbox"/> Toucher rectal		
Précisions		
		

AUTRES APPAREILS

Peau

.....

Ganglions

.....

Endocrino

.....

COMPORTEMENT

- Dépression Délire Confusion Désorientation temporo-spatiale
- Fugue Anxiété Troubles épisodiques

Précisions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIES

.....

.....

.....

REGIME

.....

.....

.....

TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ATTESTATION DE NON-CONTAGION

Je soussigné, Docteur certifie après avoir examiné ce jour
M..... n'avoir décelé aucun signe de
maladie contagieuse.

Date.....

P.S. : Joindre bilan psychiatrique et
Certificat de vaccinations

Signature et cachet du Médecin