



E.S.M.S Le Florilège
Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
Foyer d'Accueil Médicalisé

Dossier d'admission
Santé
A faire remplir par le médecin traitant

Nom :

Prénom :

1

**FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « LE FLORILEGE » 56130
FEREL**

02-56-50-30-79 – Fax : 02.56-50-30-89

 : **contact@esms-ferel.fr**

Nom : Prénom :
Date de naissance :

Diagnostic (posé ou non) :

-

Pathologies associées :

-

-

-

MEDECIN TRAITANT

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax :

2

**MEDECINS SPECIALISTES, PSYCHIATRE
(susceptibles d'être contactés pendant la durée du séjour)**

Nom Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax :

Nom Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax :

Nom Prénom :

Adresse :

Tél. : Fax :

Secteur de rattachement (C.H.S.) :

Tél. : Fax :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :tél :
.....

➤ **RECAPITULATIF DU TRAITEMENT ACTUEL**

⇒ Peut être joint sur un document à part sinon compléter le tableau ci-dessous :

médicament	générique	matin	midi	goûter	soir	coucher

3

⇒ Commentaires sur l'administration du traitement ou heures spécifiques :

-
.....
.....

Les médicaments devront être fournis pour la durée du séjour dans leur emballage d'origine et non dans un semainier (les disposer dans un sachet ou boîte avec le nom de la personne – à remettre à l'infirmière de préférence lors de l'arrivée).

- **Allergies médicamenteuses :**

-

➤ **SOINS LOCAUX**

⇒ Mode d'application, fréquence : joindre l'ordonnance si sur prescription.

• Autres informations :-

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

➤ ALIMENTATION

- Régime hypocalorique
- Régime hypercalorique
- Autre régime :

- **Allergies alimentaires** : -
.....
-
.....
-
.....

➤ RENSEIGNEMENTS SUR DES PATHOLOGIES SPECIFIQUES

- **Transit** : **problématique** :
- Traitement** :

• **Neurologie**

- épilepsie : OUI NON stabilisée : OUI NON
⇒ Date de la dernière crise :
⇒ Fréquence des crises :

Commentaires :

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

• **Infections ORL à répétition**

- Otites - dates :
- Angines – dates :
- Rhinopharyngites - dates :

- **Fragilité pulmonaire**

- asthme : OUI NON
- bronchite : OUI NON
-

autres :

- **Autres renseignements médicaux**

Suivi dentaire :

- Date des derniers soins :

.....

- Nature/besoins des soins :

.....

Suivi gynécologique

- Règles : OUI NON
- Fréquence* :
- Douleurs* : OUI NON

- Contraceptif : OUI NON

- Nature :

- **Antécédents chirurgicaux pouvant avoir une incidence sur la prise en charge durant le séjour :**

-

-

-

5

- **vaccinations** (si photocopie du carnet de vaccination ou carte, ne pas remplir cette rubrique)

vaccins	date	résultat
B.C.G.		
Test tuberculinique		
HEPATITE		
Autres :		

➤ **Personne qui a rempli ce document**

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :