

**DOSSIER D 'ADMISSION à compléter par le médecin**

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'épouse :

Sexe : F  M 

Date de Naissance :

Ville de naissance :

Domicile :  Personnel  Familial  EHPAD  Autre (précisez) :

Adresse :

Situation familiale :  Marié  Veuf  Divorcé  Célibataire

Nombres d'enfants :

Protection juridique :  Tutelle  Curatelle

Personne à prévenir :

Tél :

Lien de parenté :

- **Nom du Médecin demandeur de l'hospitalisation :**

- **Nom du Médecin traitant :**

Tél. :

- **Médecin spécialiste qui le suit :** (Nom, prénom) :

Adresse : .....

Tél. : .....

Adresse hospitalière : .....

Tél. : .....

(merci de joindre une photocopie des courriers dont vous disposez et des comptes rendus d'examen, scanner, IRM, scintigraphie...)

- Est-il connu d'une équipe (Centre mémoire, MAIA, CLIC, ESAD...): Oui  Non

Si Oui, laquelle (coordonnées) :

- Est-il suivi en consultation mémoire : Oui  Non  : Nom du médecin : .....

Date de la dernière consultation :

- Nom de la maladie neuropsychiatrique pour laquelle il est suivi :

**Antécédents médicaux :****Antécédents chirurgicaux :****Antécédents psychiatriques :**

## Histoire de la maladie neuropsychiatrique

Date de début :

Premiers symptômes :

Evolution avec le temps :

**Histoire actuelle motivant la demande d'hospitalisation**  
(Décrivez les comportements en détail)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Types de troubles actuels du comportement (cochez les troubles qu'il présente)

1.  Violence, agressivité verbale, physique
2.  Fugue, instabilité, déambulation, désir de sortir, incapacité de rester assis dans la journée.
3.  Hallucinations (voit ou entend des choses qui n'existent pas)
4.  Délire (croit des choses impossibles)
5.  Triste, pleure, se sent responsable
6.  Anxieux, ne veut pas être seul, peur de tout changement dans le quotidien
7.  Troubles du sommeil, difficultés à s'endormir, se lève tôt, inversion jour-nuit, s'endort facilement dans la journée
8.  Désir incessant de manger, augmentation de l'appétit, réduction de l'appétit
9.  Moments d'euphorie
10.  Peut dire des choses un peu déplacées, moins de tact, moins pudique
11.  N'a plus envie de rien faire, est devenu plus indifférent
12.  Se fâche très vite à la moindre remarque
13.  Autres, décrivez.....

Lesquels de ces troubles du comportement sont-ils récents (moins d'1 mois) ? :

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13

### Compréhension – mémoire – orientation (cochez les fonctions altérées)

### Compréhension 1

Normale     Des paroles simples     Ne comprend pas

Commentaires ...  Prothèses auditives     Autres :

### Langage 2

S'exprime correctement     Mots déformés     Mutique, ne parle plus

Commentaires : .....

### Reconnaissance des visages 3

Reconnaît facilement     Parfois ne reconnaît plus ses proches

Commentaires  Troubles visuels  Autres : .....

### Mémoire 4

Bonne mémoire     Oublis à mesure

Commentaires .....

### Orientation temporelle 5

Peut dire précisément le jour     se trompe dans les jours

Commentaires .....

### Orientation spatiale 6

Orienté dans son quartier     S'oriente bien dans la maison     cherche les pièces dans le domicile

Commentaires .....

Lesquelles de ces fonctions se sont-elles récemment aggravées (moins d'1 mois) ? :

1  2  3  4  5  6

### Autonomie actuelle (cochez son degré de dépendance)

#### Hygiène corporelle 1

Autonome     Aide partielle pour une partie du corps

Aide pour plusieurs parties du corps     Toilette impossible

Commentaires .....

#### Habillage 2

Autonome pour le choix et l'habillage     S'habille, mais besoin d'aide pour se chausser

Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement  
Déshabillé (é)

Commentaires .....

#### Aller aux toilettes 3

Autonome     Doit être accompagné, besoin d'aide

Ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin, l'urinoir

Commentaires .....

#### Locomotion 4

- Autonome
- Besoin d'aide :  canne       déambulateur    fauteuil roulant ?
- Grabataire :     lit médicalisé  lits Alzheimer  Matelas alternating

Commentaires.....  
 .....

**Contenance 5**

- Continent
- Incontinence occasionnelle :  urinal    fécal    Incontinence permanente :  pyjadrapp  peniflow

Commentaires.....  
 .....

**Repas 6**

- Autonome
- Aide pour couper la viande ou peler les fruits
- Aide complète    fausses routes    troubles de déglutition

Commentaires.....  
 .....

Lesquelles de ces fonctions se sont-elles récemment aggravées (moins d'1 mois) ? :

- 1  2  3  4  5  6

**Etat général actuel du patient**

- A-t-il récemment été traité pour un autre problème de santé ?  Oui  Non  
 Lequel (urine, constipation, cœur ...) :
- A-t-il été hospitalisé dans les 6 derniers mois ?    Oui  Non  
 Où ? :  
 Merci de joindre le compte-rendu
- Pensez-vous qu'il a mal ?    Oui  Non  
 Où ? :
- Avez-vous remarqué des signes récents d'inconfort ?  Oui  Non  
 (Essoufflé, du mal à uriner, du mal à marcher.... ?) . Précisez :
- Est-il tombé ce dernier mois ?    Oui  Non    Plus que d'habitude ?  Oui  Non
- Marche-t-il moins depuis ces derniers jours ?  Oui  Non
- A-t-il été examiné par un médecin depuis qu'il est moins bien ? (Médecin traitant, urgences .....)  
 Oui  Non

**Allergies et médicaments non supportés :**

.....  
 .....

**Traitement actuel :**

Nom du médicament	POSOLOGIE				Indiquez si nouveau traitement < 1 mois
	Matin	Midi	16h00	Soir et coucher	

**Régime particulier ?**

Certains aliments sont-ils évités ?

Poids récent :

Perte de poids récente (estimation en kilo) :

**Aspect social :**

- Intervenant à domicile avant l'hospitalisation :
  - o Assistante sociale (nom et coordonnées) :
  - o Autre :
  
- Orientation pour le devenir du patient :
  - o Devenir :
  - o Commentaires :
  
- Informations importantes autres à signaler :

**MERCI DE FOURNIR L'ENSEMBLE DES COMPTE-RENDUS MEDICAUX  
LIES A LA MALADIE**