

# RÉSUMÉ DU DOSSIER MEDICAL

## RESIDENCE « TERRO FLOURIDO »


2 rue Pierre Poisson - 84000 AVIGNON

### **IMPORTANT**

Ce dossier est établi pour informer les intervenants médicaux de l'établissement auprès du patient / résident.

- Il est à nous transmettre sous pli cacheté,
- Joindre :
  - Les prescriptions en cours (traitements, rééducation, aides techniques ou matériels, etc.),
  - Comptes rendus : – de Spécialistes,  
– d'hospitalisation

**NOM, Prénom :**

 <b>APF</b> <b>France</b> <b>handicap</b> FAM/ADJ Terro Flourido	<b>Résumé du Dossier Médical</b> <b>Admission en établissement (adulte)</b>	Référence	Résidents/Usagers	Doc. Communs
		Version 4	2021	2 sur 6
		Enregistré sous	BMS/Documentation interne/Formulaires/ FAM-ADJ/Résidents-Usagers/Documents communs	

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

N° SS ou NIR : \_\_\_\_\_

➤ **Personne de confiance** : \_\_\_\_\_

➤ **Directives anticipées** :  non ou Nsp  oui, détenues par : \_\_\_\_\_

### NATURE ET ORIGINE DU HANDICAP – ETAT DE SANTE

Poids (kg) : \_\_\_\_\_ taille : \_\_\_\_\_

➤ **ORIGINE MEDICALE DU HANDICAP MOTIVANT L'ADMISSION** (handicap « principal », ex : paralysie cérébrale, SEP, myopathie...)

○ **Diagnostic médical** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

○ **Date de survenue et HDLM** : \_\_\_\_\_

➤ **ATTEINTES MOTRICES EN RESULTANT** (paralysie, mouvements involontaires, amputation, spasticité, rétractions, faiblesse musculaire...)

Dysarthrie, préciser mode communication (oral, code, ordinateur) : \_\_\_\_\_

Troubles de la déglutition :  Avec aliments solides  Avec liquides

▪ Mode d'alimentation :  Normal  Eau gélifiée  Aliments mixés/hachés/lissés  Nutrition entérale (gastrostomie)

▪ Si gastrostomie, joindre le protocole complet (type de pompe, quantités, hydratation, passage des médicaments)

Autre, préciser (ex : fatigabilité) : \_\_\_\_\_

➤ **HABITUS ET FACTEURS DE RISQUE**

○ HTA  oui  non

○ Dyslipidémie  oui  non

○ Tabac  oui  non

○ Addictions  oui  non Précisez : \_\_\_\_\_

**Résumé du Dossier Médical**  
**Admission en établissement (adulte)**

Référence	Résidents/Usagers	Doc. Communs
Version 4	2021	3 sur 6
Enregistré sous	BMS/Documentation interne/Formulaires/ FAM-ADJ/Résidents-Usagers/Documents communs	

➤ **ANTECEDENTS FAMILIAUX, MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

➤ **VACCINATIONS** (date DT(C)P, grippe, pneumocoque, autre) :

- DT(C)P Date : \_\_\_\_\_
- Grippe Date : \_\_\_\_\_
- Pneumocoque Date : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

➤ **ALLERGIES** (médicaments, aliments, anesthésie)

**DEFICIENCES ASSOCIES (aux déficiences motrices) et prise en charge (para)médicale**

**CARDIAQUES ou cardio-vasculaires** (insuffisance cardiaque, coronarienne, ATCP phlébite – EP, précautions, traitement en cours ...)

- Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

➤ **RESPIRATOIRES**

- Non  Oui, préciser la nature de l'atteinte : \_\_\_\_\_

Précautions (sensibilité aux infections, altitude, effort) : \_\_\_\_\_

**Oxygénothérapie**, préciser le mode d'administration (lunettes...) : \_\_\_\_\_

Débit (l/mn) : \_\_\_\_\_ Durée (h/24) : \_\_\_\_\_ Source (extracteur, obus...) : \_\_\_\_\_


**Ventilation assistée** (respirateur), préciser : \_\_\_\_\_

Motif :  Syndrome Apnée du Sommeil (SAS)  IR restrictive liée au handicap  Autre : \_\_\_\_\_

Type :  Rééducation (séances Bird, Alpha 200 relaxateur de pression)  Assistance (substitution)

Durée :  Permanente  Nocturne, durée (h/j) : \_\_\_\_\_

Matériel (respirateur, circuit, etc.) et réglages : \_\_\_\_\_

 <p>APF France handicap FAM/ADJ Terro Flourido</p>	<b>Résumé du Dossier Médical</b> <b>Admission en établissement (adulte)</b>	Référence	Résidents/Usagers	Doc. Communs
		Version 4	2021	4 sur 6
		Enregistré sous	BMS/Documentation interne/Formulaires/ FAM-ADJ/Résidents-Usagers/Documents communs	

Assistance technique, coordonnées : \_\_\_\_\_

**Trachéotomie**, préciser la fréquence des aspirations et le type de canule : \_\_\_\_\_

### ➤ VESICO-SPHINTERIENNES URINAIRES

Aucun trouble  Oui, préciser la nature de l'atteinte : \_\_\_\_\_

Traitement médical en cours (anticholinergique, toxine botulique) :

- **Mode de miction :**  Normal (sur WC ou chaise garde-robe)  Urinal ou bassin
  - Protections  Appui ou percussion abdominale  Stimulation tibiale postérieure
  - Etui pénien + poche  Stimulateur vésical (Brindley)
  - Sonde à demeure  Lavages vésicaux, fréquence : \_\_\_\_\_
  - Hétérosondages, N/jours : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_
  - Autosondages, N/jours : \_\_\_\_\_ Horaires : \_\_\_\_\_
  - Hétéro/Autosondages, références des sondes : \_\_\_\_\_
  - Cathé sus pubien  Stomie urinaire, type (Bricker, autre, continente ?), appareillage et soins : \_\_\_\_\_

### ➤ TRANSIT DIGESTIF ET INTESTINAL

Aucun trouble  Oui, nature de l'atteinte : \_\_\_\_\_

Laxatifs per os : \_\_\_\_\_

Produits locaux (suppos, microlax®)  Lavements (ex : Normacol®), N/Sem : \_\_\_\_\_

- **Mode d'élimination :**  Normal (sur WC ou chaise garde-robe)  Bassin
  - Stimulation marge anale  Protections
  - Extraction manuelle des selles (exonération digito-rectale) :  Seul  Par une infirmière
  - Péristeen® :  Seul  Par un tiers
  - Colostomie, préciser type, appareillage et soins : \_\_\_\_\_

### ➤ CUTANÉES ET TROPHIQUES

Aucun trouble ni antécédents  Prévention, mode (effleurage, positionnement...) : \_\_\_\_\_

Escarre(s) ou ulcère(s) actuel(le)(s), préciser stade, localisation et soins (fréquence, références matériels) : \_\_\_\_\_


Autres troubles trophiques et prise en charge (ex : bas de contention) : \_\_\_\_\_

### ➤ COMITALITE

Aucun trouble ni antécédent  Stabilisée, date et type de la dernière crise : \_\_\_\_\_

Non stabilisée, fréquence et type des crises : \_\_\_\_\_

- Traitement en cours : \_\_\_\_\_
- **Conduite à tenir et protocole médical en cas de crise** (si diazepam intra rectal ou midazolam intra buccal, joindre prescription) : \_\_\_\_\_

 <p>APF France handicap FAM/ADJ Téro Flourido</p>	<b>Résumé du Dossier Médical</b> <b>Admission en établissement (adulte)</b>	Référence	Résidents/Usagers	Doc. Communs
		Version 4	2021	5 sur 6
		Enregistré sous	BMS/Documentation interne/Formulaires/ FAM-ADJ/Résidents-Usagers/Documents communs	

### ➤ TROUBLES COGNITIFS ET DU COMPORTEMENT

- **Déficience intellectuelle** (retard mental ou détérioration – repères OMS) :

- Légère (aptitude pratiques, acquisition de la lecture, notion d'arithmétique)
- Moyenne (notions simples de communication, d'hygiène et de sécurité élémentaire – habilité manuelle simple. Pas d'acquisition de la lecture ou d'arithmétique)
- Sévère / Profonde (apprentissage de certains gestes simples concernant les membres supérieurs, inférieurs et la mastication)

- **Troubles perturbateurs du comportement – vie relationnelle** (agressivité, désinhibition, fugues, réactions inappropriées,...)

Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Mode d'expression particulier : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

- **Autres atteintes cognitives**

Aphasie et troubles du langage (hors élocution) : \_\_\_\_\_

Troubles du jugement, raisonnement  Troubles de la mémoire  Désorientation temporo-spatiale

Troubles attentionnels  Autres, préciser : \_\_\_\_\_

- **Troubles de l'humeur et/ou de la personnalité** (états anxio-dépressifs, troubles bipolaires, psychoses...)

Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Mode d'expression particulier : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

### ➤ DOULEURS

Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Mode d'expression particulier : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

## TRAITEMENTS HABITUELS ET SUIVI MEDICAL

### ➤ **MEDICAMENTS** (joindre obligatoirement copie de la prescription en cours et des protocoles spécifiques (ex : épilepsie, diabète))

### ➤ SOINS INFIRMIERS


Traitements injectables (insuline, héparine, autre) ; nature et fréquence \_\_\_\_\_

Autre administration particulière de traitement (aérosol, entérale...) préciser : \_\_\_\_\_

Pansements / soins cutanés (escarres, stomies...) préciser : \_\_\_\_\_

Aspirations endotrachéales

Autres, préciser : \_\_\_\_\_

 <b>APF</b> <b>France</b> <b>handicap</b> FAM/ADJ Terro Flourido	<b>Résumé du Dossier Médical</b> <b>Admission en établissement (adulte)</b>	Référence	Résidents/Usagers	Doc. Communs
		Version 4	2021	6 sur 6
		Enregistré sous	BMS/Documentation interne/Formulaires/ FAM-ADJ/Résidents-Usagers/Documents communs	

➤ **REEDUCATIONS (joindre obligatoirement copie de la prescription en cours)**

Kiné-motrice, nature : \_\_\_\_\_

Kiné-respiratoire, si oui :  Manuelle  Appareil d'aide à la toux (Cough Assist)  Relaxateur de pression (Bird)

Préciser : \_\_\_\_\_

Orthophonie, nature et fréquence : \_\_\_\_\_

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

➤ **CORRESPONDANTS MEDICAUX**

Médecins	Noms	Fréquence rdv	Mails	Téléphone
Traitant				
MPR				
Neurologue				
Psychiatre				
Kinésithérapeute				
Orthophoniste				
Autres spécialiste				

➤ **AUTRES éléments concernant la santé du patient / résident à prendre en compte**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Envoi du dossier médical avec l'accord du (de la) candidat(e).

Le dossier médical sera remis en main propre lors d'un rendez-vous.

Accord du candidat pour faire parvenir le dossier médical  oui

non (le remettra en main propre)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du praticien

Signature du (de la) candidat(e)