

# Dossier médical unique de demande d'allocation personnalisée d'autonomie et d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

*(Document médical à mettre sous pli confidentiel)*

Cerfa 14732\*01

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :            Monsieur                             Madame

NOM DE FAMILLE (de naissance)                             Prénom (s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

DATE DE NAISSANCE

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement                             Fin/Retour d'hospitalisation                             Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT** (nom, prénom, adresse, téléphone) :

<b>ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux</b>	<b>PATHOLOGIES ACTUELLES</b>
---	------------------------------

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES** (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

**SOINS PALLIATIFS**     OUI     NON    **ALLERGIES**     OUI     NON    Si oui préciser

CONDUITES A RISQUES	OUI	NON
ALCOOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEVRAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE**     Ne sait pas     OUI     NON  
 Si oui, préciser (localisation, etc.)  
 Préciser la date du dernier prélèvement

**TAILLE**                             **POIDS**

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REEDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**     OUI     NON

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A <sup>(1)</sup>	B <sup>(2)</sup>	C <sup>(3)</sup>
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	bas			
Elimination	Urinaire			
	fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulation pathologique, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées....)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGE	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit Médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type de pansement	

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELS (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS...)
--

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER** (si différent du médecin traitant)

NOM  Prénom

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature  
Cachet du médecin

- (1) A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement  
(2) B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement  
(3) C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

--