

**FICHE MEDICALE D'AIDE A LA DECISION  
D'ORIENTATION EN INSTITUTION**

**1) ETAT CIVIL**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu : .....  
 Adresse : .....  
 N° S.S. : ..... Caisse : .....  
 Personne à prévenir : .....  
 .....  
 Qui demande le placement ? : .....  
 Raisons motivant le placement : .....

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

D'où vient la personne ?  Domicile     Hôpital     Autre : .....

Diagnostic à l'entrée : .....

Pathologies présentées :

- 1 - .....
- 2 - .....
- 3 - .....
- 4 - .....

Remarques : .....  
 .....

Traitement en cours :

Médicaments	Matin	Midi	Soir Nuit	

Possibilités d'évolution : .....  
 .....

**3. EVALUATION DE L'AUTONOMIE**

**DEPLACEMENT**

- Malade autonome, déplacement normal
- Se déplace seul dans sa chambre, avec l'aide d'un support
  - Marche avec aide
  - Ne peut se déplacer, ne peut sortir du lit

**ALIMENTATION**

- S'alimente seul
  - Doit être stimulé ou installé
- Aide partielle
  - Dépendance totale ou sonde naso-gastrique

TOILETTE

- Se lave seul
- Aide partielle
- Aide totale

HABILLAGE

- S'habille seul
- Aide partielle
- Aide totale

CONTINENCE

- Continence normale
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence permanente : urinaire/fécale

**4. TROUBLES PSYCHO-INTELLECTUELS ET DU COMPORTEMENT**

- Malade normal et lucide
- Calme
- Sociable
- Démence sénile
- Désorientation temporo-spatiale
- Troubles de la conscience
- Antécédents troubles suicidaires
- Troubles du sommeil
- Etat dépressif
- Agité - cris
- Agressif
- Risques de fugue

Remarques : .....

**5. TROUBLES SENSORIELS**

VISION

- Bonne acuité visuelle (+ lunettes)
- Baisse importante de l'acuité visuelle
- Cécité

AUDITION

- Bonne (+ prothèse)
- Baisse importante
- Surdité complète

**6. TEGUMENTS**

- Escarres
- Localisation et stade : .....
- Prévention :  Légère  Active  Intensive
- Nécessité d'un matelas anti-escarres
- Ulcères

**7. AUTRES SOINS**

Régime : .....

Kinésithérapie : .....

Orthophonie : .....

Autre : .....

**8. REMARQUES PARTICULIERES :**

.....

.....

.....

Fait le : .....

Signature et cachet du médecin traitant

A : .....