

**Centre Médical des Monts de Flandre – rue neuve église – 59270 Bailleul
Unité Cognitivo-Comportementale de Bailleul**

03 28 43 47 35

Fax : 03 28 43 47 46

centredelamemoire@epsm-des-flandres.com

DEMANDE D'ADMISSION (partie médicale)

A remplir par le médecin traitant

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

Nom :	Prénom :	Nom de jeune fille :	
Date de naissance :			
(Merci d'entourer les bonnes réponses)			
Domicile :	Personnel	Familial	EHPAD
Adresse :			
Situation familiale : marié veuf divorcé célibataire nombre d'enfants			
Protection juridique :			
Personne à prévenir, de confiance :		Téléphone :	
Lien de parenté.....			

Médecin traitant et coordonnées :

-tel

-fax

**Histoire actuelle motivant la demande, contexte médical,
Renseignements utiles pour la prise en charge à ce jour**

Types de troubles du comportement

Violence, agressivité physique, fugue, hallucinations, délire, dépression, insomnie, inversion nyctémérale, instabilité, déambulation, apathie.. précisez

Evolution cognitive

Mms de ce dernier mois

Mms antérieur (date)

Avez vous observé une accentuation des troubles cognitifs, précisez (désorientation, mémoire...)

Evolution de l'autonomie durant le mois dernier, chutes ?

Qu'est ce qui a changé

Rien n'a changé

Le patient est il à jour dans ses vaccinations ?

Oui

Si oui laquelle :

non

Taille

Poids récent :

Albumine

Constipation

Perte de poids récente :

IMC

Douleur

Contexte (décrire les problèmes dans le lieu de vie)

Diagnostic des troubles cognitifs (merci de joindre les coordonnées du spécialiste et les résultats de consultation mémoire, MMS, bilan neuropsychologique et d'imagerie)

Comorbidités actives :

Y a-t-il actuellement des problèmes de santé non résolus ? lesquels ?

Merci de joindre une biologie récente (< 15j) et les comptes rendus d'hospitalisation de < de 6 mois

Antécédents médicaux – chirurgicaux – psychiatriques

Le malade est-il connu d'une équipe pluridisciplinaire (MAIA, CLIC...centre mémoire... ?) si oui laquelle ?.....

Traitement actuel (nom et posologie) : précisez si certains sont d'introduction récente (pouvez vous joindre une copie de l'ordonnance en cours)

Avez-vous éliminé un problème somatique à l'origine d'une confusion nécessitant une hospitalisation en médecine avant de faire la demande en UCC ? Oui Non

Date et Signature

**Centre Médical des Monts de Flandre
Unité Cognitivo-Comportementale de Bailleul**

03 28 43 47 35

Fax : 03 28 43 47 46

centredelamemoire@epsm-des-flandres.com

DEMANDE D'ADMISSION (partie non médicale, famille, équipe EHPAD...)

Date de la demande :

Date souhaitée d'hospitalisation :

Nom :	Prénom :	Nom de jeune fille :				
sexe:	Date de naissance :	Ville de naissance:				
(Merci d'entourer les bonnes réponses)						
Domicile :	Personnel	Familial	EHPAD	Autre (précisez)		
Adresse :						
Situation familiale :		marié	veuf	divorcé	célibataire	nombre d'enfants
Protection juridique :		tutelle	curatelle			
Personne à prévenir :			Téléphone :			
Personne de confiance :			Téléphone :			
Lien de parenté.....						

- **Médecin traitant:**
- **Médecin spécialiste qui le suit**, nom et adresse (merci de joindre une photocopie des courriers dont vous disposez et des comptes rendus d'examen, scanner, IRM, scintigraphie...):
- **Nom et Adresse de votre pharmacie :**

- Est il connu d'une **équipe** (Centre mémoire, MAIA, CLIC, ESAD, Accueil de Jour...), indiquez les coordonnées:

Nom de la maladie neuropsychiatrique pour laquelle il est suivi :

Antécédents médicaux – chirurgicaux – psychiatriques

Histoire de la maladie neuropsychiatrique :

Date de début

Premiers symptômes

Evolution avec le temps

Histoire actuelle motivant la demande d'hospitalisation

Décrivez

.....

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

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

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

Compréhension - Mémoire – Orientation (précisez quelles fonctions sont altérées ?)

Fonction	Description	commentaires
Compréhension	normale	Prothèse auditive ?
	des paroles simples	
Langage	Ne comprend pas	
	S'exprime correctement	
	Mots déformés	
	Mutique, ne parle plus	
Reconnaissance des visages	Reconnaît facilement	
	Parfois ne reconnaît plus ses proches	Troubles visuels ?
Mémoire	Bonne mémoire	
	Oublis à mesure	
Orientation temporelle	Peut dire précisément le jour	
	Se trompe dans les jours	
Orientation spatiale	Orienté dans son quartier	
	S'oriente bien dans la maison	
	Cherche les pièces dans le domicile	
<p><u>Lesquelles de ces fonctions se sont-elles récemment aggravées (moins d'1 mois) ?:</u></p>		

Autonomie actuelle (cochez son degré de dépendance)

Activité	Description	commentaires
Hygiène corporelle	Autonome	
	Aide partielle pour une partie du corps	
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	
Habillage	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	
Aller aux toilettes	Autonome	
	Doit être accompagné, besoin d'aide	
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	
Locomotion	Autonome	
	Besoin d'aide	Canne, déambulateur, fauteuil roulant ?
	Grabataire	Lit médicalisé, lits Alzheimer ? Matelas alternating ?
Continence	Continent	
	Incontinence occasionnelle	Urinal ?
	Incontinence permanente	Pyjadrapp ? Peniflow ?
Repas	Autonome	
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	
	Aide complète ou alimentation artificielle	Fausse routes, troubles de déglutition ?
<u>Lesquelles de ces fonctions se sont-elles récemment aggravées (moins d'1 mois) ?:</u>		

Etat général actuel

A-t-il récemment été traité pour un autre problème de santé ? lequel ? (urine, constipation, coeur...)

A-t-il été hospitalisé dans les 6 derniers mois ? où ? merci de joindre le compte rendu

Pensez vous qu'il a mal ? Où ?

Avez-vous remarqué des signes récents d'inconfort (essoufflé, du mal à uriner, du mal à marcher ? ...), précisez

Est il tombé ce dernier mois ? plus que d'habitude ?

Marche t il moins depuis ces derniers jours ?

A-t-il été examiné par un médecin depuis qu'il est moins bien ? (med traitant, urgences...)

Allergies et médicaments non supportés.....

Traitement actuel (noms et doses) :

Noms médicaments	Dose matin	midi	16h	Soir et coucher	Indiquez si nouveau <1mois

Autonomie par rapport à la prise de traitement :

Patient prend seul ? sinon qui ?

Patient prépare seul ? sinon qui ?

Régime particulier ?
Certains aliments sont ils évités ?

Poids récent :

Perte de poids récente : (estimation en kilo)

Taille :

Orthophoniste

Nom :

Adresse :

Tél :

Nombre de séances/semaine :

Lieu : domicile ou cabinet

Kinésithérapeute

Nom :

Adresse :

Tél :

Nombre de séances/semaine :

Lieu : domicile ou cabinet

Aspect social :

- Intervenant à domicile avant l'hospitalisation :
 - o Assistante sociale, nom et coordonnées :
 - o Autre

Orientation pour le devenir du patient :

- Devenir :
- Commentaires :

Informations importantes autres à signaler :