



EHPAD
 Nou Gran Moun
 ADJ/EHPAD

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Fiche Médicale de visite de pré admission

Patient accompagné de :

Mode de vie : seul avec son/sa compagne en famille en structure autre

Enfants :

Histoire de vie/profession :

Patient informé en accord avec l'entrée en EHPAD En désaccord

Mesure de protection juridique : en cours tutelle curatelle

Antécédents de chute : Non 1-2 fois Parfois Souvent

A domicile : passage IDE :/jour Aide-ménagère :heures/mois Kiné :/semaine

Troubles neurocognitifs : Non Légers Modérés Sévères

Risque de fugue : Oui Non

Troubles du comportement :

Agressivité/comportement hétéro-agressif physique ou verbal

Déambulation

Autre :

Vaccination :

- DTP : à jour date du dernier rappel : rappel à prévoir
- Coqueluche : à jour date du dernier rappel : rappel à prévoir
- Grippe : à jour à prévoir en Octobre
- COVID 19 : vaccination faite date : à prévoir

Avis concernant la vaccination :

Signature du Dr PERARD-BAH

Date :