

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

NOM :
Date de naissance :
Adresse :

PRENOM :

Téléphone :

La personne vit seule Oui Non

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux	PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie)

PERSPECTIVE D'EVOLUTION

SOINS PALLIATIFS OUI NON

CONDUITES A RISQUE

OUI	NON
-----	-----

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	REEDUCATION OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cécité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Kinésithérapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Surdité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Orthophonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Autre (<i>préciser</i>)

Retentissement fonctionnel

Déplacement : périmètre de marche :

Modalités d'utilisation des aides techniques	Fréquence d'utilisation
Cannes <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	

Ralentissement moteur : Oui Non Besoin de pauses : Oui Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : Oui Non

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transferts				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Hygiène de l'élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication				
Comportement				

A : Fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Sonde trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CNAP, VNI...)		
Dialyse		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du médecin

--