

**DOSSIER MÉDICAL**Accueil souhaité :

- Accueil permanent  
 Accueil temporaire  
 Accueil de jour

Médecin qui renseigne le dossier :

NOM :  
Prénom :  
Fonction :

**PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE**

Civilité :

 Madame Monsieur

NOM de naissance :

Prénom :

NOM d'usage (si différent) :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance

Commune :

Code postal :

Pays :

**COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

NOM :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

**COORDONNÉES MÉDECIN SPÉCIALISTE****Spécialiste 1**

NOM :

Spécialité :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

**Spécialiste 2**

NOM :

Spécialité :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

**Spécialiste 3**

NOM :

Spécialité :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :

**Spécialiste 4**

NOM :

Spécialité :

Adresse :

N° téléphone :

Mail :



<p><b>Pathologie(s) actuelle(s) et état de santé :</b></p> <p><b>Date d'apparition :</b></p> <p><input type="checkbox"/> A la naissance</p> <p><input type="checkbox"/> Depuis moins d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> Depuis 1 à 5 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Depuis plus de 5 ans</p> <p><b>Précisez l'année :</b></p>	<p><b>Histoire de la pathologie :</b></p> <p>Origine :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Congénitale (génétique, souffrance néonatale, lié à la grossesse ...) Précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Accident vie privée</p> <p><input type="checkbox"/> Accident du travail</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie professionnelle</p>
---	---

**Antécédents médicaux/chirurgicaux/familiaux :**

**Traitement en cours (OU joindre les ordonnances) :**

Taille : ..... cm Poids : ..... kg Amaigrissement récent :  Oui  Non

Conduites addictives :  Oui  Non

Si oui, précisez laquelle : .....

Est-elle en cours de sevrage :  Oui  Non

**Déficiences sensorielles :**

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visuelle     | <input type="checkbox"/> Oeil gauche    | <input type="checkbox"/> Oeil droit     |
| <input type="checkbox"/> Auditive     | <input type="checkbox"/> Oreille gauche | <input type="checkbox"/> Oreille droite |
| <input type="checkbox"/> Gustative    | Précisez :                              |   |
| <input type="checkbox"/> Olfactive    | Précisez :                              |   |
| <input type="checkbox"/> Vestibulaire | Précisez :                              |   |
| <input type="checkbox"/> Tactile      | Précisez :                              |   |

**Déficiences motrices :**

- |   |                                 |                                |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Membres inférieurs                   | <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Droit |
| <input type="checkbox"/> Membres supérieurs                   | <input type="checkbox"/> Gauche | <input type="checkbox"/> Droit |
| <input type="checkbox"/> Paraplégie, tétraplégie, paresthésie |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Aphasie                              |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Incontinence                         |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) :                           |                                 |                                |

**Appareillages :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel     | <input type="checkbox"/> Valve de dérivation |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> Pacemaker           |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur                | <input type="checkbox"/> Autre(s) :          |
| <input type="checkbox"/> Canne                       |  |
| <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres       |  |
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé              |  |
| <input type="checkbox"/> Orthèse                     |  |
| <input type="checkbox"/> Prothèse                    |  |

Risque de chute :  Oui  Non

**Prise en charge régulière (précisez la fréquence) :**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Orthoptiste |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute   | <input type="checkbox"/> Infirmière  |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien  | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste    | <input type="checkbox"/> Autre(s) :  |

**Merci de nous transmettre les coordonnées (NOM, téléphone, mail, adresse) :**

- |                                 |                              |                              |                             |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Risque de fausse route :</b> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Texture alimentaire : ..... |
| <b>Régime alimentaire :</b>     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez : .....    |
| <b>Allergies :</b>              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez : .....    |

**Symptômes comportementaux et psychologiques :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitation, agressivité      | <input type="checkbox"/> Dépression, dysphorie                 |
| <input type="checkbox"/> Désinhibition               | <input type="checkbox"/> Anxiété                               |
| <input type="checkbox"/> Affabulations               | <input type="checkbox"/> Apathie, indifférence                 |
| <input type="checkbox"/> Déambulations pathologiques | <input type="checkbox"/> Irritabilité, instabilité de l'humeur |
|  | <input type="checkbox"/> Hallucinations                        |
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil         |  |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit       |  |

**Soins techniques :**

- Oxygénothérapie : continue – Non continue (*razer la mention inutile*)
- Sonde d'alimentation
- Sonde trachéotomie
- Sonde urinaire
- Gastrostomie
- Pansement(s)

**Vaccinations :**
 Covid 19

 Grippe

<b>Autonomie* :</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*

**A** = Réalisé sans difficulté et sans aucune aide

**B** = Réalisé avec difficulté mais sans aide

**C** = Réalisé avec aide

**D** = Non réalisé