**VOLET MEDICAL**

*(A compléter par un médecin traitant ou un spécialiste)*

Document complété le : 

**Pour :**

**Nom :**  **Prénom :** 

**Par :**

**Nom**:  **Prénom :** 

**Qualité :** 

**Signature + cachet du médecin ou spécialiste :** 

|  |
| --- |
| 1. **Les professionnels médicaux qui suivent la personne**
 |
|  |  |  |  |
|  | **Nom / Prénom** | **Adresse** | **Tél** |
| **Médecin référent**  |  |  |  |
| **Médecin psychiatre** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |

1. **Pathologie de la personne**

**ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :**

[ ]  **Naissance**

[ ]  **Accident** Date :  Précisez les circonstances : 

[ ]  **Pathologie/Maladie** Date**:** Précisez la pathologie : 

[ ]  **Autre – Précisez :** 

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

(Notamment nature et origine du handicap avec les dates – interventions chirurgicales)



**Protocole(s) spécifique(s), précisez :**



**TRAITEMENT / SUIVI / ET SURVEILLANCE PARTICULIERE A ENVISAGER** :



**Protocole de contention, précisez :**



1. **ETAT DE SANTÉ**

**Taille :**  **Poids :** 

[ ]  **Droitier** [ ]  **Gaucher**

**ETAT PSYCHIQUE** :

 **Absence Léger Important Majeur**

**Désorientation** [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**Troubles de la mémoire** [ ] [ ] [ ] [ ]

**Troubles du caractère** [ ] [ ] [ ] [ ]

**Agressivité** [ ] [ ] [ ] [ ]

**Troubles du sommeil** [ ] [ ] [ ] [ ]

**Etat dépressif** [ ] [ ] [ ] [ ]

**Trouble conduite alimentaire** [ ] [ ] [ ] [ ]

* NON
* OUI

**Déambulation / fugues :** [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Addiction :** [ ]  **OUI** [ ]  **NON** Si oui, laquelle :

***COMMENTAIRES :***



1. **SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERS :**

**KINESITHERAPIE :**

[ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Précisez la prescription** (acte(s) et durée) :



**ORTHOPHONISTE :**

[ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Précisez acte(s) et durée :** 

**DISPOSITIFS MÉDICAUX :**

[ ]  **Oxygène**

[ ]  **Sonde urinaire**

[ ]  **Dialyse**

[ ]  **Assistance respiratoire**

[ ]  **Sonde gastrique**

[ ]  **Stomie**

[ ]  **Autre (précisez)** : 

***Précisez le protocole :***



**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

