

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 MEDICAUX QUI SUIVENT LA PERSONNE

	Nom / Prénom	Adresse	Tél
Médecin référent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médecin psychiatre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre : précisez la spécialité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. 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 :

3. ETAT DE SANTÉ

Taille :

Poids :

 Droitier Gaucher

ETAT PSYCHIQUE :

	Absence	Léger	Important	Majeur
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble conduite alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulation / fugues :

 OUI NON

Addiction :

 OUI NON

Si oui, laquelle :

COMMENTAIRES :

4. 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 COMPLÉMENTAIRES :