

## 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 :**