

Dossier médical

A faire remplir par le médecin traitant

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

N° d'immatriculation :

Groupe Sanguin :

Taille :

Poids :

Anti-coagulant :

- Allergies : Oui Non

Si oui, lesquelles :

- Porteur d'un Pacemaker : Oui Non

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Traitements en cours ou joindre ordonnances :

	Oui	Non
Alcool		
Tabac		
Drogue		
Rééducation		
Kinésithérapie		
Incontinence		
Cécité		
Surdité		
Prothèse		
Orthèse		
Fauteuil roulant		
Déambulateur		

Autre (à préciser) :

Autonomie :	Oui, seul (e)	Non	à besoin d'aide
Déplacements à l'intérieur			
Déplacements à l'extérieur			
Toilette, douche			
Habillement			
Préparation d'un repas			
Prise de repas			
Prise des médicaments			
Accomplir tâches de la vie quotidienne			

Comportement :	Oui	Un peu	Non
Anxiété			
Trouble du sommeil			
Apathie			
Communication pour alerter			

Troubles cognitifs :	Oui	Un peu	Non
Mémoire			
Cohérence			
Orientation dans le temps			
Orientation dans l'espace			
Hallucinations, idées délirantes			
Autres			

Autres perturbations :	Oui	Un peu	Non
Agitation			
Désinhibition			
Agressivité			
Fugue, déambulation			
Autres			

Commentaires et recommandations éventuelles :

Médecin qui a renseigné ce dossier médical :

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature et cachet :