

Document couvert par le secret médical à envoyer ou à remettre sous pli confidentiel

NOM Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nombre d'enfants :

Référent Familial :

Adresse :

Tel :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Lien :

Tel :

Centre de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

Numéro d'Assuré :

Cher confrère, nous vous remercions par avance de remplir soigneusement ce dossier médical. Il concerne l'état de santé d'une personne que vous suivez habituellement.

La précision de vos renseignements contribue à un accompagnement adapté à votre patient.

Merci de joindre un certificat **attestant la non contagion (BMR) ainsi qu'un certificat d'aptitude à vivre en collectivité**

NOM/Prénom du médecin traitant

.....

Tel :

Fax :

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ACTUELLES

Poids :

Taille :

Mode de vie :

Communication :

Environnement :

- Dépendance dans la réalisation des actes de la vie quotidienne (IALD)
- Alcool Tabac
- Troubles du langage Maîtrise de la langue française
- Troubles visuels Lunettes
- Troubles auditifs Appareillage
- Pathologie dentaire Prothèse Supérieure et/ou Prothèse inférieure
- Canne Déambulateur et/ou Fauteuil roulant
- Autres

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

- Pathologie Dégénérative Cérébrale Non explorée Non Diagnostiquée

Si Diagnostiquée, quelle Pathologie ?

Min Mental State : Date : Résultats :

Autre(s) test(s) : Résultats :

Evolution : Débutante Modérée Sévère

- Syndrome Parkinsonien Maladie de Parkinson Comitialité Séquelles d'AVC
- Dépression Tremblements Antécédents Neurochirurgicaux
- Alzheimer Démence fronto-temporale Corps de Lewy

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Anxiété Agitation Agressivité Irritabilité / Instabilité de l'humeur.
- Euphorie – Exaltation de l'humeur Dysphorie Apathie – Indifférence
- Opposition Risque de Fugue Hallucinations Idées délirantes
- Désinhibition / Impulsivité Troubles du sommeil Comportement moteur aberrant
- Déambulation Troubles de l'Appétit Troubles régressifs (Incontinence urines et/ou fécale)

Autres antécédents ou Autres Test cognitifs :

Etat Neurologique Actuel :

NEPHROLOGIE - UROLOGIE

- Insuffisance rénale Clairance à la Créatinine :ml/mn
- Incontinence urinaire Infections urinaires récidivantes Sonde urinaire à demeure Dialyse
- Pathologie prostatique
- Autres antécédents :

Etat Uro- néphrologique actuel :

.....

AFFECTION CARDIO – VASCULAIRE

Tension Artérielle :

- Insuffisance cardiaque HTA Troubles du Rythme
- Coronaropathie Hypotension Orthostatique Pacemaker
- Artériopathie Phlébite
- Autres Antécédents.....

Etat Cardio-vasculaire actuel :

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Saturation **O₂**

- Insuffisance respiratoire B.P.C.O. Asthme Trachéotomisé
- O₂ Permanent Jour Nuit. Pathologie Broncho-pulmonaire
- Autre antécédent :

APPAREIL LOCOMOTEUR

Pathologies

- Ostéoporose Arthrose Rhumatisme inflammatoire Goutte / Chondrocalcinose
- Amputation Prothèse Appareillage

Autres antécédents :

TOPOGRAPHIE DE L'INCAPACITE FONCTIONNELLE :

- Rachis Cervical Dorsal Lombaire Membre supérieur Epaule Main
- Membre inférieur Hanche Genou Pied

AUTONOMIE - DEPLACEMENT – RISQUE DE CHUTE

- Autonome Besoin d'aide humaine Besoin d'aide matériel :
- Canne Béquille(s) Déambulateur Fauteuil roulant
- Risque de chutes
- Incapacité de monter et descendre des marches
- En capacité de monter et descendre **moins** de trois marches
- En capacité de monter et descendre **plus** de trois marches

AFFECTIONS DIGESTIVES

- Pathologie Gastrique
- Reflux gastroœsophagien
- Gastrite
- Pathologie colique
- Diverticulose Sigmoïdienne
- Constipation
- Anorexie
- Hépatite
- Incontinence anale
- Alimentation entérale : GPE ou Sonde Nasogastrique

Autres antécédents :

Etat Digestif Actuel :

AUTONOMIE – RISQUES DE FAUSSES ROUTES

- Autonome
- Besoin de stimulation verbale
- Besoin d'aide humaine
- Besoin de matériel adapté (couverts, contour d'assiette, verre à bec...)
- Risque de fausses routes
- Texture alimentaire adaptée :
- Mixée
- Hachée
- Moulinée
- Liquide
- Autre :
- Eau pétillante
- Eau gélifiée

PATHOLOGIES METABOLIQUES

- DID
- DNID
- Hyperthyroïdie
- Hypothyroïdie
- Autres antécédents :
- Etat Endocrinien Actuel** :

PATHOLOGIE ORL

- Vertiges
- Troubles de l'équilibre
- Surdité
- Autres antécédents
- Appareillage
- Etat ORL actuel** :

PATHOLOGIES OPHTALMIQUES

- Cataracte Glaucome DMLA Rétinopathies Appareillage

Autres antécédents :

Etat OPH actuel :

PATHOLOGIES BUCCO DENTAIRES

- Infection Mycose

Autres antécédents :

Etat bucco-dentaire actuel :

ETAT CUTANE

- Escarre Dermatose Ulcère

Autres antécédents :

Etat Dermatologique actuel :

SOIN DU CORPS

- Autonome Besoin de stimulation verbale Besoin d'aide humaine

Si Oui, y a-t-il le passage d'un professionnel (fréquence) :

- Besoin de matériel adapté (chaise, élévateur...)

ALLERGIES

- Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Allergie médicamenteuse :

STATUT VACCINAL

- Grippe - Date :
- Tétanos - Date :
- COVID - Date : 1^{ère} injection / Date : 2^{ème} injection / Date : 3^{ème} injection
- Pneumocoque - Date :
- IDR à la Tuberculine - Date :

AUTRES PATHOLOGIES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT EN COURS (PRECISER LA POSOLOGIE EXACTE)

Médicaments	Date Début	A jeun	Matin	Midi	16.00	Soir	Nuit	Observations
-------------	------------	--------	-------	------	-------	------	------	--------------

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée (reconnue liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)**

**Prescriptions SANS RAPPORT avec de l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTS)**

Je soussigné (e) Docteur :déclare avoir examiné

Monsieur ou Madame :

Le :à.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT