

PERSONNE CONCERNEE

Civilité :    Monsieur     Madame

NOM de naissance  
*(suivi s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie)

PERSPECTIVE D'EVOLUTION

SOINS PALLIATIFS OUI  NON

CONDUITES A RISQUE

OUI	NON
-----	-----

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI    NON

Cécité          
 Surdité       

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI     NON

REEDUCATION OUI     NON

Kinésithérapie          
 Orthophonie          
 Autre (*préciser*)

Retentissement fonctionnel

**Déplacement** : périmètre de marche : .....

<b>Modalités d'utilisation des aides techniques</b>		<b>Fréquence d'utilisation</b>
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
D�ambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur <input type="checkbox"/> En extérieur	

Ralentissement moteur :     Oui     Non                      Besoin de pauses :     Oui     Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :     Oui     Non

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Hygiène de l'élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

A : Fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

#### SOINS TECHNIQUES

	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéolomie		
Sondes urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CNAP, VNI...)		
Dialyse		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	Oui	Non
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitations, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sortie non accompagnées...</i> )		
Troubles du sommeil		

#### APPAREILLAGES

	Oui	Non
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du médecin

--