



CERTIFICAT DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Cette fiche de renseignements médicaux est confidentielle et doit impérativement être remplie par le Médecin traitant de l'intéressé).

NOM	Prénom
Sexe	
Date de naissance	
Adresse actuelle	
.....	

CONFIDENTIEL

Important : prière de joindre cette partie médicale sous pli confidentiel à l'intention du service santé de l'établissement, avec le détail des prescriptions médicales en cas d'admission imminente.

NOTA : Aucune candidature ne pourra être examinée si le présent dossier médical n'est pas complètement renseigné par le praticien référent ou celui qui suit régulièrement la personne postulante

NATURE DE LA MALADIE OU ACCIDENT AYANT PROVOQUE L'HANDICAP PHYSIQUE :

.....
.....

Maladie héréditaire : OUI NON Si non date de début :

Maladie congénitale : OUI NON

HISTOIRE COMPLETE DE LA MALADIE OU DE L'ACCIDENT :

Joindre les photocopies : - des comptes rendus d'hospitalisation
- des différents bilans réalisés

.....
.....
.....

TENDANCE ÉVOLUTIVE :

.....
.....

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

.....
.....

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL :

1. EXAMEN NEUROLOGIQUE

PARALYSIE : Flaque Spasmodique

Si paralysie périphérique : niveau d'atteinte médullaire :

.....
.....

TROUBLES MOTEURS AVEC IMPORTANCE :

.....
.....

ATROPHIE :

.....

MOUVEMENTS ANORMAUX : tremblements – athétose – raideur

.....

.....

TROUBLES DE LA SENSIBILITE : superficielle, profonde, (à détailler)

.....

.....

TROUBLES SENSORIELS : Audition :

Vue :

CRISES D'ÉPILEPSIE :

Si oui, traitement actuel :

.....

.....

2. TROUBLES TROPHIQUES

ESCARRES : Si oui, localisation :

.....

.....

État actuel et traitement :

.....

Moyens de prévention (Matelas, coussin, autres...) :

.....

.....

3. TROUBLES SPHINCTERIENS

.....

Incontinence anale : permanente accidentelle

.....

.....

Constipation : traitement actuel :

Incontinence vésicale : permanente accidentelle

Mictions par percussions – auto sondages – sondages ou autres :

Utilisation du pénilex : OUI NON

Si oui, système de fixation :

Sonde vésicale à demeure : OUI NON

Si oui, rythme de changement de sonde :

Sonde n° Quel type :

Lavage vessie : OUI NON

Si oui, fréquence des lavages :

4. ÉTAT RESPIRATOIRE

Capacité respiratoire : normale diminuée

Affection respiratoire chronique :

Trachéotomie : OUI NON Ventilation : OUI NON

Traitement actuel :

5. ÉTAT CARDIAQUE

Tension artérielle :

Trouble du rythme : OUI NON

Insuffisance cardiaque : OUI NON

Troubles coronariens : OUI NON

Artérite des membres inférieurs : OUI NON

6. TROUBLES DES MÉTABOLISMES

Diabète : OUI NON

Insulino – dépendant : OUI NON

Dyslipidémie : OUI NON

REGIME SPECIFIQUE :

7. ÉTATS PSYCHIQUE et / ou PSYCHIATRIQUE

Normal : Troubles liés au handicap :

.....

Troubles indépendants de l'handicap :

.....

Séjour en centre spécialisé psychiatrique : OUI NON

Si oui, dates et lieux :

.....

Diagnostic psychiatrique :

.....

État actuel :

Traitement :

Type de suivi (groupe, individuel, fréquence) :

Suivi psychiatre : OUI NON Nom du praticien :

Suivi psychologique : OUI NON Nom du psychologue :

Bilan psychologique en vue du projet d'admission : OUI NON

.....

ÉTAT GÉNÉRAL :

Poids : Taille :

Vaccinations (nature et dates) :

.....

Groupe sanguin : Rhésus :

Régime :

.....

TRAITEMENT ACTUEL :

Joindre ordonnances au moment de l'admission

MÉDICAL (joindre ordonnance) :

.....

.....

.....

SOINS INFIRMIERS (fréquence et nature des actes) :

.....

.....

.....

KINÉSITHÉRAPIE (fréquence et nature des actes) :

.....

.....

.....

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE :

.....

.....

.....

AUTRES OBSERVATIONS :

.....

Foyer de Vie « Les Cascades »

26, Boulevard Aristide Briand BP 80308 31605 Muret Cedex

05 62 11 62 80

foyer.muret@apf.asso.fr

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN :
.....
Tél : Mail :

Je soussigné, Docteur

Certifie que M

ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse.

A..... le

Signature :

IMPORTANT

Prière de joindre sous pli confidentiel à l'intention du service santé, le détail des prescriptions médicales, si admission imminente.

