

# 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 :

- 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		
Orthophonie		
Cécité		
Surdité		
Prothèse		
Orthèse		
Fauteuil roulant		
Déambulateur		

Autre (à préciser) : .....

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

<b>Comportement :</b>	Oui	Un peu	Non
Anxiété			
Trouble du sommeil			
Apathie			
Communication pour alerter			

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

<b>Autres perturbations :</b>	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 :