

Dossier médical

à mettre sous pli confidentiel

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

N° d'immatriculation :

• Groupe Sanguin :

• Allergies : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles :

• Porteur d'un Pacemaker : Oui ☐ Non ☐

Pathologies actuelles :

Traitements en cours (joindre photocopies des ordonnances) :

Antécédents médicaux, Biologie (joindre photocopies de vos comptes rendus) :

Antécédents médicaux, Radiologie (joindre photocopies de vos comptes rendus) :

Antécédents chirurgicaux (joindre photocopies de vos comptes rendus) :

Taille :

Poids :

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

Autre (préciser) :

Données sur l'autonomie :

	Oui, seul (e)	Non	à besoin d'aide
Déplacements à l'intérieur			
Déplacements à l'extérieur			
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Médicamentation			
Orientation			
Communication pour alerter			
Cohérence			
Trouble du sommeil			
Hallucinations, idées délirantes			
Agitation, agressivité			
Anxiété			
Désinhibition			
Apathie			
Autres			

Commentaires et recommandations éventuelles :

Médecin traitant qui a renseigné le dossier :

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature et cachet :