

Dossier médical

À 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) :

| Autonomie : | Oui, seul (e) | Non | à besoin d'aide |
|----------------------------|---------------|-----|-----------------|
| Déplacements à l'intérieur | | | |
| Déplacements à l'extérieur | | | |
| Toilette | | | |
| Habillage | | | |
| Alimentation | | | |
| Prise des médicaments | | | |

| Comportement : | Oui | Non |
|----------------------------|-----|-----|
| Anxiété | | |
| Trouble du sommeil | | |
| Apathie | | |
| Communication pour alerter | | |

| Troubles : | Oui | Non |
|----------------------------------|-----|-----|
| Cohérence | | |
| Orientation dans le temps | | |
| Orientation dans l'espace | | |
| Hallucinations, idées délirantes | | |
| Agitation | | |
| Désinhibition | | |
| Agressivité | | |
| Fugue, déambulation | | |
| Autres | | |

Personne à prévenir :

Nom, Prénom.....

Téléphone :

Commentaires et recommandations éventuelles :

Médecin traitant qui a renseigné le dossier:

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date :

Signature et cachet :