

DOSSIER MEDICAL

Rempli par le médecin traitant et adressé, SOUS PLI CONFIDENTIEL, à l'attention du médecin de l'établissement. En cas de prise en charge extérieure, joindre les comptes rendus. Des informations complémentaires pourront être demandées, si nécessaire, au psychiatre par le médecin de l'établissement.

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :

Né(e) le : à : Sexe

Adresse :

Téléphone : Téléphone portable :

MEDECINS

GENERALISTE

PSYCHIATRE

NOM : NOM :

ADRESSE : ADRESSE :

.....

TELEPHONE : TELEPHONE :

ANTECEDENTS PERSONNELS

ANOMALIE(S) DE LA GROSSESSE : OUI NON

Précisez :

NAISSANCE : Poids de naissance :

Prématuré Souffrance fœtale aigüe

Réanimation - Précisez :

PERIODE NEO-NATALE :

Convulsions Troubles respiratoires

Autres troubles :

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR :

Anomalies précoces - Précisez :

Acquisition normale de la marche Acquisition normale des premiers mots

Période(s) de régression

PATHOLOGIE(S) DURANT L'ENFANCE : OUI NON

Précisez :

EXAMEN CLINIQUE

POIDS : TAILLE :

Le sujet a-t-il présenté ou présente-t-il des troubles :

DU SYSTEME NERVEUX :

OUI

NON

Manifestations comitiales Manifestations déficitaires, neurologiques

Autres manifestations :

DE L'APPAREIL SENSORIEL :

Troubles visuels : de quel(s) type(s) :

LUNETTES :

OUI

NON

Troubles auditifs : de quel(s) type(s) :

APPAREILLAGE(S) :

OUI

NON

DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET DE LA STATIQUE :

OUI

NON

Si oui, de quel(s) type(s) :

Canne Semelle(s) orthopédique(s) Déambulateur

Prothèse Coque moulée Orthèse

Kinésithérapie Fauteuil – utilisation autonome OUI NON

Autre :

DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :

Facteur(s) de risque(s) : Tabac HTA Cholestérol

Cardiopathie : de quel(s) type(s) :

Autres :

DE L'APPAREIL ORO-BUCCO-DIGESTIF :

Trouble de la déglutition, fausses routes

Maladie(s) ou trouble(s) fonctionnel(s) : Précisez :

Régime alimentaire particulier : Précisez :

Dentier Alimentation mixée Alimentation par sonde

DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE :

Antécédents gynécologiques - Précisez :

Antécédents obstétricaux - Précisez :

Contraception - Précisez :

Ménopause.....

Antécédents urologiques - Précisez :

DE L'APPAREIL SPHINCTERIEN :

Incontinence urinaire - Précisez :

Incontinence fécale - Précisez :

DU SYSTEME ENDOCRINIEN :

- DNID DID Diabète insulinonécessitant
- Obésité Troubles thyroïdiens - de quel(s) type(s) :
- Autres :

APPAREIL RESPIRATOIRE :

- Asthme BPCO
- Insuffisance respiratoire chronique - de quel type :
- SAS APPAREILLAGE(S) : OUI NON
- Trachéotomie
- Oxygénothérapie - Nombre d'heures par jour : Type :
- Kinésithérapie
- Appareillage(s) :
- Autres :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES : (Précisez date et nature)

.....

.....

.....

PRISE EN CHARGE PARAMEDICALE :

- Orthophonie Kinésithérapie Ergothérapie
- Psychologue Psychomotricien Pédicure
- Podologue Diététicien Autre :

VACCINATIONS

	Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection	Date 3 ^{ème} injection	Date dernier rappel
BCG				
DT Polio				
Coqueluche				
ROR				
Hépatite B				

ALLERGIES

- Alimentaires Médicamenteuses
- Précisez :
-

DEPENDANCES

- Tabagisme - nombre de cigarettes par jour :
- Alcool - quantité estimée :
- Autre(s) dépendance(s) - précisez :

HISTOIRE DE LA MALADIE

Indiquer le mode de début, la symptomatologie et l'évolution des troubles

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

Diagnostic de l'affection principale

.....
.....

Origine : Congénital Acquis

Précisez :

Étude génétique

Hospitalisations et institutions antérieures (dates et lieux)

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

Traitement(s) en cours (joindre la copie des ordonnances)

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

Stabilisé : OUI NON

COMPORTEMENT ET ETAT PSYCHIQUE

Troubles du sommeil Agitation, agressivité Déambulation, errance, fugues

Dépression Autres :

Capacités de travail

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

Perspectives d'évolution

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

Autres observations

.....
.....

Fait à : le

Signature et Cachet :