

## 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 <sup>ère</sup> injection	Date 2 <sup>ème</sup> injection	Date 3 <sup>ème</sup> 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 :

