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

NOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

PSYCHIATRE

NOM : .....

ADRESSE : .....

.....

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 : .....

Résidence des Oliviers | 53 rue du Général Leclerc 77120 Coulommiers • residencedesoliviers@aede.fr
Tél. : 01 64 75 55 0 • Fax : 01 64 75 55 1

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 : .....

Résidence des Oliviers | 53 rue du Général Leclerc 77120 Coulommiers • residencedesoliviers@aede.fr
Tél. : 01 64 75 55 0 • Fax : 01 64 75 55 1

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 1ère injection	Date 2ème injection	Date 3ème 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 : .....

Résidence des Oliviers | 53 rue du Général Leclerc 77120 Coulommiers • residencedesoliviers@aede.fr
Tél. : 01 64 75 55 0 • Fax : 01 64 75 55 1

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 :

Résidence des Oliviers | 53 rue du Général Leclerc 77120 Coulommiers • residencedesoliviers@aede.fr
Tél. : 01 64 75 55 0 • Fax : 01 64 75 55 1