

DOSSIER MEDICAL – DEMANDE D'ADMISSION

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Lieu de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin N° Sécurité sociale : _____

DOMICILE / CONTACT

NOM : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ Mail : _____

Si parents séparés, qui a la garde de l'enfant : La mère Le père Garde alternée

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : (ainsi que la date de début des symptômes et/ou de diagnostic)

.....

.....

.....

.....

.....

ANTÉCEDENTS

Antécédents chirurgicaux significatifs :

Dates	Nature des interventions	Lieu (hôpital, clinique)	Opérateur

Antécédents médicaux :

—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

Hospitalisations :

– Du au :

–
–
–
–
–
–

Allergies :

	Précisez
<input type="checkbox"/> Médicaments	
<input type="checkbox"/> Aliments	
<input type="checkbox"/> Pollen	
<input type="checkbox"/> Latex	
<input type="checkbox"/> Autre	

Asthme (indiquer le traitement) :

MÉDECINS ASSURANT / AYANT ASSURÉ LE SUIVI (joindre les derniers comptes rendus)

	NOM	Adresse cabinet ou nom de l'hôpital	Date dernière consultation	Fréquence du suivi
Généraliste				
Médecine Physique et de Réadaptation				
Neurologue				
Neurochirurgien				
Orthopédiste				
Urologue				
Cardiologue				
Psychiatre				
Ophtalmologue				
Autre				

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ACTUELS (joindre la dernière ordonnance)

NOM	FORME (cp/gélule/sachet) DOSE	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER	Autre horaire de prise
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

SOINS INFIRMIERS (joindre les ordonnances)

- Injections
 Pansements
 Autre :

RÉGIME ALIMENTAIRE SUIVI

- Régime particulier : NON OUI (joindre l'ordonnance de prescription)
 Texture particulière : NON OUI : Hachée, Mixée, Eau gélifié.
 Risque de fausses routes : NON OUI

APPAREILLAGES (Cocher les cases qui vous concernent)

Type	Descriptif /Marque	Fournisseur/ Prestataire	Date d'achat	Renouvelle- ment à prévoir
CORPOREL				
<input type="checkbox"/> Orthèse				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Prothèse				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Semelles				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Corset				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Attelles de jour				
<input type="checkbox"/> Attelles de nuit				
ASSISTANCE A LA DEAMBULATION				
<input type="checkbox"/> Cannes				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Cannes tripodes				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Déambulateur				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Fauteuil électrique				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
APPAREIL CARDIO-RESPIRATOIRE				
<input type="checkbox"/> Pace Maker				
<input type="checkbox"/> VNI nocturne				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> BIRD				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- Problème cardio-vasculaire : NON OUI → Hypertension artérielle
 Hypotension artérielle
- Problèmes urinaires : NON OUI → Incontinence urinaire
 Sondages
- Incontinence des selles : NON OUI → Diarrhées
 Constipation
- Problèmes cutanés : NON OUI → Problèmes d'escarres

COGNITION

- Troubles de la mémoire NON OUI
 Troubles du langage NON OUI
 Troubles de la concentration NON OUI

COMPORTEMENT SOCIAL

- Hyperactivité, instabilité NON OUI
 Colères NON OUI
 Troubles du comportement alimentaire NON OUI

- TROUBLES DE L'HUMEUR NON OUI : anxiété
 dépression

(Joindre le compte-rendu de suivi du psychiatre consulté).

PRISE EN CHARGES ANTÉRIEURES (joindre les comptes rendus si possibles)

Rééducation	Prise en charge actuelle ou dans l'année précédente (préciser le nombre de séances par semaine)	Prise en charge datant d'il y a plus d'un an (préciser le nombre de séances par semaine)	Poursuite des soins souhaitée par l'utilisateur et/ou sa famille
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Orthoptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

COMMENTAIRES OU REMARQUES UTILES A LA PRISE EN CHARGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Cocher la case correspondante dans le tableau page suivante, selon les quatre degrés d'autonomie explicités ci-dessous :

Degré d'autonomie ⇨	1	2	3	4
Appellation	AUTONOMIE TOTALE	AUTONOMIE RELATIVE (guidance)	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Explication	Fait seul, à son initiative, totalement et correctement	Fait seul si stimulation et/ou supervision / fait partiellement ou incorrectement / fait avec aide technique.	Avec aide humaine partielle, la participation d'un tiers est nécessaire	Aide humaine totale

AUTONOMIE : cocher la case correspondante

Degré d'autonomie ⇨	1	2	3	4
CORPORELLE				
TOILETTE				
Toilette haut du corps				
Shampooing				
Rasage				
Hygiène dentaire				
Coupe des ongles				
Toilette bas du corps				
HABILLAGE				
Choix des vêtements				
Habillage du haut du corps				
Boutonnage				
Habillage du bas du corps				
Laçage/ fermetures éclair				
BESOINS ELEMENTAIRES				
Alimentation				
Préciser les aides techniques :				
Pour le self, préciser : Port du plateau repas possible : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON, File d'attente possible : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Élimination urinaire				
Élimination fécale				
Préciser : transfert sur les WC <input type="checkbox"/> seul, <input type="checkbox"/> avec une aide <input type="checkbox"/> utilisation de protections, <input type="checkbox"/> urinal, <input type="checkbox"/> bassin				
DÉPLACEMENTS				
Intérieur				
Préciser l'aide technique :				
Extérieur				
Préciser l'aide technique :				
Transferts allongé-assis				
Transferts assis-debout				
Escaliers				

Utilisation de l'ascenseur				
Transports en commun				
DOMESTIQUE				
Courses				
Préparation des repas				
Vaisselle, lessives				
Ménage, repassage				
Utiliser la monnaie				
DEMARCHES				
Joindre par téléphone un service ou une personne				
Ecrire un courrier				
Gestion du budget				
Gestion du suivi médical				
Gestion des médicaments				

MOTIVATION DE LA DEMANDE

A remplir par l'utilisateur et/ou ses représentants légaux

PARCOURS SCOLAIRE (MILIEU ORDINAIRE OU SPECIALISE) :

DIFFICULTES RENCONTREES :

PROJET DE VIE :

MOTIVATION POUR UNE ADMISSION AU CEM :
