



**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX  
à remplir par le médecin traitant**

NOM (jeune fille)

NOM (d'usage)

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

**Motif de la demande :** Maintien à domicile difficile  sortie hospitalisation

Autres préciser .....

**Antécédents médicaux**

**Antécédents chirurgicaux**

**Pathologies actuelles :**

**Traitement en cours et posologie**

**Allergies :**

	Oui	Non
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Poids**

**Taille**

	Oui	Non
<b>Risque de fausse route</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Régime alimentaire</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		

<b>Rééducation :</b>	Oui	Non
Orthophonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinésithérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Fonctions sensorielle</b>	Oui	Non
cécité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
surdit�	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Appareillage</b>	Oui	Non
Fauteuil roulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D�ambulatoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proth�se Dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proth�se audio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pace-maker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Autonomie</b>	Oui	Non
<i>D�placements</i> Int�rieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ext�rieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>�limination continence</i> F�cale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Orientation</i> Temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Sympt�mes psycho-comportementaux</b>	Oui	Non
Id�es d�lirantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agitation,agressivit�	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D�pression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxi�t�	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d�sinhibition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d�ambulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
troubles alimentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres.....		

<b>Troubles cognitifs</b>	Oui	Non
Aphasie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apraxie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agnosie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autres informations qui vous semblent utiles pour la prise en charge (biologie � surveiller, signes radiologiques d�j connus,particularit� clinique,contre indication importante, chutes � r�p�tition)
--