

NOM : PRENOM : NE(E) LE : SEXE :

MEDECIN TRAITANT :

TAMPON :



DOSSIER REMPLI LE :

MOTIF MEDICAL EVENTUEL DE LA DEMANDE : .....

LA PERSONNE EST ELLE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE ? OUI NON NSP  
EN EST ELLE INFORMEE ? OUI NON NSP  
Y ADHERE T'ELLE ? OUI NON NSP

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

POIDS : .....

TAILLE : .....

<b>ALLERGIES CONNUES</b> <i>(médicamenteuses, alimentaires)</i>		* *	
<b>VACCINATIONS</b>		TETANOS	Date Dernière Injection :
		PNEUMO 23	Date Dernière Injection :
		GRIPPE Annuelle :	OUI NON
<b>LES ANTECEDENTS</b>			
<b>MEDICAUX</b> * * * * * * * *	<b>Pace maker</b>  <input type="checkbox"/> OUI  <input type="checkbox"/> NON	<b>CHIRURGICAUX</b> * * * * * * *	
		<b>PSYCHIATRIQUES</b> * *	
<b>PATHOLOGIES CHRONIQUES EN COURS</b> * * * * *	<b>ALD</b> *	<b>TRAITEMENTS EN COURS</b> * * * * * *	
<b>SOINS PARA MEDICAUX</b>		<input type="checkbox"/> PANSEMENTS	<input type="checkbox"/> PORT A CATH
		<input type="checkbox"/> ACTE DE KINE	<input type="checkbox"/> injection
<b>REGIME : OUI LEQUEL : NON</b>		<input type="checkbox"/> AUTRES SOINS	<input type="checkbox"/> SONDE URINAIRE
<b>EQUIPEMENTS Thérapeutiques</b>		<input type="checkbox"/> LIT MEDICALISE	<input type="checkbox"/> MATELAS ANTI-ESCARRE

<b>EVALUATION DES BESOINS</b>			
<b>FONCTIONS SUPERIEURES</b>	<input type="checkbox"/> EPISODES DE FUGUES	<input type="checkbox"/> RECENTS (DE ANNEE) <input type="checkbox"/> ANCIENS	
	<input type="checkbox"/> ATTEINTE DU LANGAGE		
	<input type="checkbox"/> ATTEINTE DE LA MEMOIRE	<input type="checkbox"/> LE DIAGNOSTIC A T'IL ETE RECHERCHE ? LEQUEL ?	
	<input type="checkbox"/> TROUBLES DEPRESSIFS	<input type="checkbox"/> TROUBLES NEUROLOGIQUES	
	<input type="checkbox"/> APATHIE	<input type="checkbox"/> EPISODES CONFUSIONNELS	
<b>TROUBLE PSYCHO-COMPORTEMENTAL</b>	<input type="checkbox"/> AGRESSIVITE	<input type="checkbox"/> AGITATION PSYCHOMOTRICE	
	<input type="checkbox"/> OPPOSITION AUX SOINS	<input type="checkbox"/> TROUBLES DU SOMMEIL	
	<input type="checkbox"/> COMPORTEMENT PERTURBATEUR	<input type="checkbox"/> DEAMBULATION	
	<input type="checkbox"/> MESURE DE SECURITE LESQUELLES :		
<b>ALIMENTATION</b>	<input type="checkbox"/> SEUL ET NORMALEMENT		
	<input type="checkbox"/> NECESSITANT UNE SURVEILLANCE		
	<input type="checkbox"/> STIMULER		
	<input type="checkbox"/> AIDER		
	<input type="checkbox"/> AVEC RISQUE DE FAUSSE ROUTE		
<b>TOILETTE ET HABILLAGE</b>	<input type="checkbox"/> SEUL ET NORMALEMENT		
	<input type="checkbox"/> AVEC SURVEILLANCE		
	<input type="checkbox"/> NECESSITANT UNE AIDE PARTIELLE		
	<input type="checkbox"/> NECESSITANT UNE AIDE TOTALE		
<b>DEPLACEMENT</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOME (SEUL)	<input type="checkbox"/> DEAMBULATEUR	
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOME (ACCOMPAGNE)	<input type="checkbox"/> CANNE DE MARCHÉ	
		<input type="checkbox"/> FAUTEUIL ROULANT	
		<input type="checkbox"/> DESCENDRE QUELQUES MARCHES	
		<input type="checkbox"/> CHUTE DANS LES TROIS DERNIERS MOIS	
<b>TRANSFERT</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOME (SEUL)		
	<input type="checkbox"/> NON AUTONOME (AVEC AIDE)	<input type="checkbox"/> LIT → FAUTEUIL	
		<input type="checkbox"/> FAUTEUIL → DEBOUT	
		<input type="checkbox"/> VERTICALISATION POSSIBLE	
<input type="checkbox"/> TRANSFERT IMPOSSIBLE			
<b>ELIMINATION</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENCE TOTALE		
	INCONTINENCE	<input type="checkbox"/> URINAIRE	<input type="checkbox"/> GERE SEUL SON INCONTINENCE
		<input type="checkbox"/> FECALE	<input type="checkbox"/> GERE SEUL SON INCONTINENCE
<b>RESPIRATION</b>	<input type="checkbox"/> SEUL ET NORMALEMENT		
	<input type="checkbox"/> SOUS O2		
	<input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE		
<b>SENS</b>	<input type="checkbox"/> TROUBLE DU GOUT	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
	<input type="checkbox"/> TROUBLE DE L'ODORAT	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
	<input type="checkbox"/> TROUBLE DE L'AUDITION	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
	<input type="checkbox"/> TROUBLES DE LA VUE	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

**LES QUIETUDES**

TEL 05.63.82.14.00 / FAX : 05.63.75.39.91

RUE DE LA RODE LAUTREC

**PARTIE RESERVEE A L'EQUIPE DE COORDINATION DES QUIETUDES**

3/2

	AVIS FAVORABLE	AVIS DEFAVORABLE	ZONE			DATE	SIGNATURE
			CANTOU	NORMALE	TEMPORAIRE		
<b>MEDECIN COORDONNATEUR</b>							
<b>INFIRMIERE COORDINATRICE</b>							
<b>PSYCHOLOGUE</b>							
<b>DIRECTION QUIETUDES</b>							