

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

ACCUEIL DE JOUR

Nom :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Marié(e) Veuf(ve) Célibataire Divorcé(e) Concubinage

Nombre d'enfants :

ANTECEDENTS

Merci de nous communiquer avec cette demande les comptes-rendus et les imageries en votre possession

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX GENERAUX :

.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS CARDIOLOGIQUES :

.....
.....
.....

Nom du médecin..... Téléphone :

NEUROPSYCHIATRIQUES :

.....
.....
.....

Nom du médecin..... Téléphone :

EXAMEN CLINIQUE

Pouls : TA : Poids récent :

CARDIOVASCULAIRE ET PULMONAIRE :

.....
.....
.....

ABDOMINO URINAIRE :

.....
.....
.....

NEUROLOGIQUE :

.....
.....
.....

PSYCHIATRIQUE :

Troubles de l'humeur et du comportement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Désinhibition | <input type="checkbox"/> Apathie |
| <input type="checkbox"/> Mélancolie | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Repli |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Euphorie |
| <input type="checkbox"/> Déambulation | <input type="checkbox"/> Labilité émotionnelle |
| <input type="checkbox"/> Symptomatologie dépressive | <input type="checkbox"/> Hallucinations |

RHUMATOLOGIQUE :

Risque de chute : oui non
 canne déambulateur fauteuil roulant

.....
.....

OPHTALMOLOGIQUE :

Lunettes : oui non

.....
.....

ORL :

Appareil auditif : oui non oreille droite oreille gauche
Troubles du langage : oui non

.....
.....

STOMATO :

Prothèse dentaire : oui non haut bas

.....
.....

ETAT CUTANE :

escarres ulcères maladie dermatologique

BIOLOGIE RECENTE

HB :

PQT :

VS :

CRP

Albumine :

TSH :

Ferritine :

B12 :

Folates :

Groupe sanguin : Radio pulmonaire obligatoire datant de moins d'un an :
ECG récent :

(Merci d'apporter à la visite de pré-admission les radiologies en votre possession)

TRAITEMENT ACTUEL

(nom, dosage, posologie)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Médicaments contre indiqués :
.....
.....
.....

VACCINATIONS – TRANSFUSIONS ANTERIEURES

.....
.....
.....

SUIVI REGULIER PAR UN SPECIALISTE

.....
.....

DISPOSITIF À DOMICILE À CE JOUR

SOINS INFIRMIERS :

.....
.....

KINESITHERAPIE :

..... fois/jour fois/semaine

ORTHOPHONIE :

..... fois/semaine

VIE EN COMMUNAUTE :

TABAGISME PERSISTANT	OUI	NON
ETHYLISME PERSISTANT	OUI	NON

MOTIVATION DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

REMARQUES PARTICULIERES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné, Docteur

Certifie que M.....

Ne présente aucune affection contagieuse à ce jour.

Fait à....., le.....

Nom, adresse du Médecin, cachet et signature