



CERTIFICAT MEDICAL - ACCUEIL FAMILIAL

-CONFIDENTIEL-

A ADRESSER SOUS PLI CACHETE AU MEDECIN TERRITORIAL

Date de la demande :

Nom du Médecin :

Coordonnées :

Signature

Tampon

Nom Nom de jeune fille

Prénoms

Date de naissance Situation familiale

Adresse du domicile

Médecin traitant

Actuellement, la personne est

<input type="checkbox"/> à domicile	<input type="checkbox"/> à l'hôpital ou en clinique	<input type="checkbox"/> en établissement spécialisé
<input type="checkbox"/> en maison de retraite	<input type="checkbox"/> convalescence - soins de suite	<input type="checkbox"/> Logement-foyer
<input type="checkbox"/> autre (à préciser) :		

Coordonnées :

Type d'accueil demandé

<input type="checkbox"/> Accueil définitif	<input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> Accueil de jour	<input type="checkbox"/> Accueil de nuit
--	---	--	--

Motif de la demande d'admission

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Poids : Taille :

Si hospitalisation, motif et date d'admission :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Traitement complet en cours :

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

Allergies :

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

Vaccins à jour :

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

Prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Seul (e)	<input type="checkbox"/> A surveiller
Médicaments à préparer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Soins particuliers

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

Pansements :

Tabac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-------	------------------------------	------------------------------

Alcool	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--------	------------------------------	------------------------------

EVALUATION DU DEGRE D'AUTONOMIE ET DE DEPENDANCE

FONCTION INTELLECTUELLE

Désorientation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Spatiale
Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Permanentes <input type="checkbox"/> A court terme	<input type="checkbox"/> Occasionnelles <input type="checkbox"/> A long terme
Cohérence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Comportement diurne	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Fugue
Comportement nocturne	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Fugue
Agressivité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Autres :

La personne a-t-elle été suivie sur le plan psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La personne est-elle suivie sur le plan psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom du Médecin psychiatre :		
La personne est-elle suivie sur le plan neurologique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom du Médecin neurologue :		

FONCTION SENSORIELLE

Auditive :

Visuelle :

Expression verbale :

Prothèses	<u>Dentaire</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Orthopédique</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<u>Auditive</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Oculaire</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

TOILETTE-HABILLAGE

Toilette	<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale

ALIMENTATION

Régime	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/> Sans sel	<input type="checkbox"/> Sans graisse
Mange	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
	<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation	<input type="checkbox"/> Haché	<input type="checkbox"/> Mixé	
Boit	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
	<input type="checkbox"/> Fausse route liquide	<input type="checkbox"/> Fausse route solide	<input type="checkbox"/> Eau gélifiée	

ELIMINATION

Urines	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Fuites urinaires	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire
	<input type="checkbox"/> Incontinence diurne	<input type="checkbox"/> Incontinence nocturne	<input type="checkbox"/> Auto dialyse
	<i>Change complet - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<i>Change anatomique - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Selles	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence diurne	<input type="checkbox"/> Incontinence nocturne
	<i>Poche de colostomie - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<i>Change complet - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<i>Change anatomique - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

LOCOMOTION

Lever / Coucher	<input type="checkbox"/> Seul (e)	<input type="checkbox"/> Avec 1 personne	<input type="checkbox"/> Avec 2 personnes
	<i>Aides techniques</i>	<input type="checkbox"/> Barrières <input type="checkbox"/> Lève-malade	<input type="checkbox"/> Angle de sécurité <input type="checkbox"/> Autres
Marche	<input type="checkbox"/> Seul (e)	<input type="checkbox"/> Avec 1 personne	<input type="checkbox"/> Avec 2 personnes
	<i>Aides techniques</i>	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
		<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Autres

Périmètre de marche :

La personne est-elle capable de monter des marches ? Si oui, combien ?

<input type="checkbox"/> Oui,	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------	------------------------------

La personne est-elle capable de descendre des marches ? Si oui, combien ?

<input type="checkbox"/> Oui,	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------	------------------------------

RESPIRATION

Oxygène	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
----------------	------------------------------	------------------------------

Extracteur :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---------------------	------------------------------	------------------------------

CONTAGION

La personne est-elle porteuse d'une maladie contagieuse ou d'un microbe pathogène ?

<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, laquelle / lequel ?
<input type="checkbox"/> Non	