

Les pages 1 à 5 sont à compléter par un médecin

Mme Melle M.

Nom (d'usage)

Prénom

DIAGNOSTIC	
DIAGNOSTIC, NATURE DU HANDICAP JUSTIFIANT LA DEMANDE D'ADMISSION (à préciser obligatoirement)	
Antécédents médicaux, chirurgicaux (Affections neurologiques, allergies, autres...)	
Antécédents familiaux (Affections neurologiques, autres...)	
Poids :	Taille :
Traitement actuel (y compris contraception) :	
Allergies médicamenteuses connues :	
Régime alimentaire (Diabétique, Hypocalorique, Hypolipidique ...y compris alimentation parentérale, fausses routes....) :	
Quels ont été les principaux traitements médicamenteux ?	

HISTOIRE DE LA MALADIE OU DU HANDICAP
DATE DE DEBUT
Circonstances d'apparition <input type="checkbox"/> Congénitale <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Acquis suite accident
Evolutivité de la maladie <input type="checkbox"/> Stabilisation <input type="checkbox"/> Evolution par poussée <input type="checkbox"/> Aggravation récente <input type="checkbox"/> Aggravation ancienne
Autres observations concernant l'histoire de la maladie ou du handicap

PARCOURS HOSPITALIER - L'INTERESSE A-T-IL DEJA EFFECTUE DES SEJOURS EN HOPITAL ? OUI NON

Si oui, préciser,

Nom de l'établissement hospitalier - Service	Dates

BILAN NEUROLOGIQUE - Y-A-T-IL EU UN EXAMEN NEUROLOGIQUE SPECIALISE ? OUI NON

Si oui, par quel Neurologue ? Date

VEUILLEZ PRECISER DANS CHAQUE CASE LE DEGRE D'ATTEINTE

	Membres supérieurs		Membres inférieurs	
	Droit	Gauche	Droit	Gauche
Paralysie Totale				
Moyenne				
Légère				
Tremblements ou incoordination				
Absence ou amputation (niveau)				
Atrophie ou déformation				

Crises comitiales oui non

Si oui, préciser étiologie, fréquence des crises, date de la dernière crise, facteurs déclenchants, type (partielle, complète), attitude thérapeutique à envisager (hospitalisation et lieu éventuel)

ETAT DE SANTE ACTUEL

FONCTION RESPIRATOIRE

Existence d'une insuffisance respiratoire ? oui non
De quelle origine ?

Existence d'une trachéotomie ? oui non

Asthme ou allergie respiratoires ? oui non

Primo infection ou séquelles de tuberculose ? oui non

Oxygénothérapie ? oui non
Si oui, type de matériel, durée quotidienne, posologie

Apnée du sommeil ? oui non
Si oui, appareillée ? oui non

VUE		
Existe-t-il des problèmes de vue ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> Légers	<input type="checkbox"/> Importants <input type="checkbox"/> Appareillés
Préciser : Date et lieu de la dernière consultation ophtalmologique et fréquence du suivi éventuel :		
ELOCUTION		
Existe-t-il des difficultés d'élocution ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> légers	<input type="checkbox"/> importantes
Prise en charge orthophonie pour troubles d'élocution	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
AUDITION		
Existe-t-il des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> Légers	<input type="checkbox"/> Invalidants <input type="checkbox"/> Appareillés
	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
DENTAIRE		
Porte un appareil ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> bas	<input type="checkbox"/> haut
Etat bucco-dentaire	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Soins en cours <input type="checkbox"/> Soins à prévoir
Préciser :		
Prise en charge orthophonie pour troubles de déglutition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ETAT CUTANE		
Y a-t-il des rougeurs sur les points d'appui ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, localisations :		
Y a-t-il des escarres ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, localisations :		
FONCTION D'ELIMINATION		
Y a-t-il des problèmes d'incontinence ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> rare	<input type="checkbox"/> fréquents Préciser _____
Port d'une sonde à demeure ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sondage intermittent ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> auto sondage ?	<input type="checkbox"/> hétéro sondage ?
Port d'une protection ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Y a-t-il déjà eu un bilan urodynamique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui préciser la date et le lieu :		
Présence de stomies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non Préciser _____

ETAT PSYCHOLOGIQUE, PSYCHIATRIQUE, COGNITIF

Trouble de l'humeur ? oui non
Si oui, préciser (euphorie, dépression...)

Trouble anxieux ? oui non
Si oui, comment se manifeste-t-il ? (ruminations anxieuses, attaque de panique ...)

Trouble du sommeil ? oui non
Si oui, préciser (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, insomnies ...)

Trouble de la personnalité ? oui non
Si oui, préciser

Trouble du comportement ? oui non
Si oui, préciser? (agressivité, apathie, opposition, agitation)

Troubles addictifs ? oui non
Si oui, préciser (alcool, tabac, stupéfiants, nourriture, etc...)

Un diagnostic psychiatrique a-t-il été posé ? oui non Quand ? _____
La personne est elle stabilisée ? oui non
Préciser

Séjours en centre spécialisé en psychiatrie ? oui non
Si oui, date et lieu

Atteinte des fonctions cognitives ? oui non
Si oui, Troubles mnésiques ? oui non
Désorientation ? temporelle spatiale
Fonctions exécutives ? oui non
Troubles attentionnels ? oui non
Autres :

Retard mental ? oui non
Si oui, est-il évolutif ?

La vie en collectivité semble-t-elle possible ? oui non

APPAREILLAGE		
Porte des prothèses ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, membres :	<input type="checkbox"/> supérieurs	<input type="checkbox"/> inférieurs
A besoin d'autres appareils ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui le(s)quel(s) ?		
Y a t-il nécessité d'un matelas spécial ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, type ?		
CONTENTION		
Si oui préciser	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
KINESITHERAPIE		
Y a t-il des soins de kinésithérapie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui	<input type="checkbox"/> kiné d'entretien	<input type="checkbox"/> kiné pour pathologie aiguë

CACHET, DATE et SIGNATURE

Etes-vous le médecin traitant ? **OUI** **NON**

Si non, merci d'indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant :

AUTONOMIE			
LA COMMUNICATION			
La communication est-elle possible ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'expression est-elle compréhensible ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Le dialogue est-il possible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autres moyens de communication :			
L'ALIMENTATION			
Mange t-il seul ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'aides techniques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser :
A besoin d'une aide humaine partielle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Préciser :
A besoin d'une aide humaine totale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Repas ?	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mixé	
LES DEPLACEMENTS			
Se déplace seul ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Se déplace ?	<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> fauteuil manuel	<input type="checkbox"/> fauteuil électrique
Autre, préciser			
LES TRANSFERTS			
Effectue son transfert seul ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si non, avec l'aide d'un tiers?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
avec un lève malade ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autre, préciser			
LA TOILETTE			
A besoin d'une aide pour l'habillage du haut ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une aide pour l'habillage du bas?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une aide pour le déshabillage du haut?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une aide pour le déshabillage du bas?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'ELIMINATION			
Autonome ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Est sondé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'un bassin ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'un urinal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
A besoin d'une protection ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autres, préciser			
LE TRAITEMENT MEDICAL			
Gère son traitement médicamenteux seul ?	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> a besoin d'une aide	
Prend ses médicaments seul ?	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> a besoin d'une aide	