



DOSSIER MÉDICAL

Identité de la personne

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

Provenance : Domicile Hôpital / Clinique

Autre (à préciser) :

Motif de la demande :

Protection juridique (tutelle, curatelle...) :

Nom et coordonnées de la personne référente :

Antécédents

Médicaux :

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

Chirurgicaux :

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

Allergies :

.....

Vaccinations :

.....

État actuel

Etat général :

.....

Poumons :

Cœur :

Neurologique :

MMS récent : /30

Etat psychique et psychiatrique :

.....

.....

Appareil digestif :

.....

.....

État actuel (suite)

Appareil génito-urinaire :

Appareil locomoteur :

Etat cutané :

Y-a-t'il une affection en cours ? Oui Non

Si oui laquelle :

Nécessité d'un isolement ? Oui Non

Organes des sens :

Vue : Bonne Mauvaise Appareillée

Ouïe : Bonne Mauvaise Appareil auditif droit

Appareil auditif gauche

Prothèse dentaire haut : Oui Non

Prothèse dentaire bas : Oui Non

Taille :cm Poids :kg IMC :

Traitements actuels

Médicaments et posologie :

Intervenants libéraux (kinésithérapeute, orthophoniste, ...) :

Autonomie et dépendance

Alimentation : Aucune aide Aide partielle ou incitation
 Aide importante Alimentation par sonde

Autonomie et dépendance (suite)

Toilette : Aucune aide
 Aide partielle ou incitation : pour le haut pour le bas
 Aide importante : pour le haut pour le bas
 Aide totale

Habillage : Aucune aide
 Aide partielle : pour le haut pour le bas
 Aide totale

Incontinence : Aucune
 Incontinence occasionnelle
 Incontinence permanente
 Sonde à demeure n° _____ Posée le : _____

Déplacement : Se déplace à l'intérieur : seule avec aide
 Se déplace à l'extérieur : seule avec aide

Utilise : Fauteuil roulant Déambulateur Canne
 Ne se déplace pas

Orientation : Dans le temps : bonne perturbée
 Dans l'espace : bonne perturbée

Comportement : Adapté Inadapté Agressif Repli sur soi
 Troubles du sommeil Idées délirantes Troubles de la mémoire

Communication : bonne mauvaise impossible

Autres renseignements ou commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire rempli le

SIGNATURE
ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

À faire remplir par le médecin traitant

Évaluation physique et psychique selon la grille AGGIR

A = Correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas

COHÉRENCE Converser et/ou se comporter de façon logique	
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et le lieu	
HABILLAGE S'habiller, se déshabiller	
ALIMENTATION	
ÉLIMINATION Assurer l'hygiène de l'élimination	
TRANSFERT Se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette ...	

Groupe Iso-Ressource :

Date :

SIGNATURE
 ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT