



FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

FOYER DEPARTEMENTAL LANNELONGUE

Tél : 05.46.76.22.29 – Fax : 05.46.76.10.84
Mail : fdl@foyerlannelongue.fr

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**PIECE A JOINDRE AU DOSSIER SOUS PLI CONFIDENTIEL
ADRESSE AU MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT**

Joindre dans une enveloppe dissociée une copie des différents bilans médicaux (comptes rendus d'hospitalisations...)

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nom du médecin Traitant:
Adresse :
Tél :

Concernant :

Nom : **Prénoms :**

Date de naissance :

Adresse :

Dossier rempli par le Dr (si médecin différent du médecin traitant)

Le : __/__/____

Adresse :

Tél :

PARAMETRES

Taille : **Poids :**

Vaccinations :
.....
.....

DIAGNOSTIC/PATHOLOGIE

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

Pour les personnes souffrantes de TSA, le diagnostic a-t-il été établi : Oui Non
Si oui, date et lieu :

HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE

- Congénital maladie
- Accident de travail
- Accident de la vie privée
- Maladie professionnelle

Date d'apparition :

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

ANTECEDENTS MEDICAUX (PRECISER LES DATES)

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

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX (PRECISER LES DATES)

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

HOSPITALISATIONS

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

APPAREILLAGES

Corrections auditives :

Oui Non

Préciser :.....

Aide à la mobilité :

- Fauteuil roulant manuel fauteuil roulant électrique
- Déambulateur canne(s)
- Orthèse, prothèse **Préciser :**
- Autres **Préciser :**

Alimentation/élimination :

- Gastrostomie stomie digestive d'élimination
- Sonde urinaire
- Stomie urinaire

Aides respiratoires :

- Trachéotomie
- Oxygène **Préciser :** l/min h/24h
- Appareil de ventilation **Préciser :**
- Autres

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

Antécédents familiaux

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

DISPOSITIF DE SOINS :

S'il y en a un, quel est le dispositif de soins actuel ?

Kinésithérapie : Oui (fréquence).....Non

Ergothérapie : Oui (fréquence)Non

Orthophonie : Oui (fréquence)Non

Psychomotricité : Oui (fréquence)Non

Psychothérapie : Oui (fréquence)Non

Ateliers thérapeutiques : Oui (fréquence)Non

Autres :

.....
.....

La personne présente-t-elle un déficit intellectuel ? Oui Non

De quelle importance ? Léger Moyen Profond

Présente t'elle des troubles psychiques ou psychiatriques ?

Oui Non

De quelle nature ?

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

ALLERGIE

La personne a-t-elle des allergies connues (préciser).....

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

Autres précisions utiles concernant l'état de santé ou le suivi du patient

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