**VOLET MEDICAL**

*(A compléter par un médecin traitant ou un spécialiste)*

Document complété le : 

**Pour :**

**Nom :**  **Prénom :** 

**Par :**

**Nom**:  **Prénom :** 

**Qualité :** 

**Signature + cachet du médecin ou spécialiste :** 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Les professionnels médicaux qui suivent la personne** | | | |
|  |  |  |  |
|  | **Nom / Prénom** | **Adresse** | **Tél** |
| **Médecin référent** |  |  |  |
| **Médecin psychiatre** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |
| **Autre : précisez la spécialité** |  |  |  |

1. **Pathologie de la personne**

**ORIGINE DE LA SITUATION DE HANDICAP :**

**☐ Naissance**

**☐ Accident** Date :  Précisez les circonstances : 

**☐ Pathologie/Maladie** Date**:** Précisez la pathologie : 

**☐ Autre – Précisez :** 

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

(Notamment nature et origine du handicap avec les dates – interventions chirurgicales)



**Protocole(s) spécifique(s), précisez :**



**TRAITEMENT / SUIVI / ET SURVEILLANCE PARTICULIERE A ENVISAGER** :



**Protocole de contention, précisez :**



1. **ETAT DE SANTÉ**

**Taille :**  **Poids :** 

**☐ Droitier ☐ Gaucher**

**ETAT PSYCHIQUE** :

**Absence Léger Important Majeur**

**Désorientation** **☐** **☐** **☐** **☐**

**Troubles de la mémoire ☐ ☐ ☐ ☐**

**Troubles du caractère ☐ ☐ ☐ ☐**

**Agressivité ☐ ☐ ☐ ☐**

**Troubles du sommeil ☐ ☐ ☐ ☐**

**Etat dépressif ☐ ☐ ☐ ☐**

**Trouble conduite alimentaire ☐ ☐ ☐ ☐**

* NON
* OUI

**Déambulation / fugues : ☐ OUI ☐ NON**

**Addiction : ☐ OUI ☐ NON** Si oui, laquelle :

***COMMENTAIRES :***



1. **SOINS ET SURVEILLANCE PARTICULIERS :**

**KINESITHERAPIE :**

**☐ OUI ☐ NON**

**Précisez la prescription** (acte(s) et durée) :



**ORTHOPHONISTE :**

**☐ OUI ☐ NON**

**Précisez acte(s) et durée :** 

**DISPOSITIFS MÉDICAUX :**

**☐ Oxygène**

**☐ Sonde urinaire**

**☐ Dialyse**

**☐ Assistance respiratoire**

**☐ Sonde gastrique**

**☐ Stomie**

**☐ Autre (précisez)** : 

***Précisez le protocole :***



**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

