



CERTIFICAT DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

cette fiche de renseignements médicaux est confidentielle, et doit impérativement être remplie par le médecin traitant de l'intéressé(e)

NOM..... PRENOM

SEXE

DATE DE NAISSANCE AGE

ADRESSE ACTUELLE.....

.....

CONFIDENTIEL

Important : prière de joindre cette partie médicale sous pli confidentiel à l'intention du médecin de l'établissement, avec le détail des prescriptions médicales en cas d'admission imminente.

NOTA : Aucune candidature ne pourra être examinée si le présent dossier médical n'est pas complètement renseigné par le praticien référent ou qui suit régulièrement la personne postulante.

NATURE DE LA MALADIE OU ACCIDENT AYANT PROVOQUE LE HANDICAP :

.....
.....

MALADIE HEREDITAIRE

MALADIE CONGENTALE

si non date de début.....

HISTOIRE COMPLETE DE LA MALADIE OU DE L'ACCIDENT :

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

joindre photocopies de compte rendus d'hospitalisation, de bilan, etc...

TENDANCE EVOLUTIVE

.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

.....
.....

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
EXAMEN NEUROLOGIQUE :**

PARALYSIE: FLASQUE

SPASMODIQUE

SI PARALYSIE PERIPHERIQUE : NIVEAU D'ATTEINTE MEDULLAIRE

.....

TROUBLES MOTEURS AVEC IMPORTANCE

.....

MOUVEMENTS ANORMAUX (tremblements – athétose – raideur....)

.....

TROUBLES DE LA SENSIBILITE (superficielle, profonde, à détailler svp) :

.....
.....

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
TROUBLES TROPHIQUES :**

ATROPHIES

ESCARRES: si oui localisation :

ETAT ACTUEL & TRAITEMENT :

MOYENS DE PREVENTION (matelas, coussins...)

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
TROUBLES SPHINCTERIENS :**

Incontinence anale : permanente accidentelle

Constipation : traitement actuel

Incontinence vésicale : permanente accidentelle

Mictions par percussions – auto-sondages – sondages ou autres

Utilisation d'un pénilex : oui non

si oui : système de fixation :

Sonde vésicale à demeure : oui non

Si oui : rythme de changement de sonde

Sonde n° Quel type Lavage de vessie : oui non

Si oui fréquence des lavages :

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
ETAT RESPIRATOIRE :**

Capacité respiratoire : normale diminué

Affection respiratoire chronique :

Trachéotomie oui non Ventilation oui non

Traitement actuel

.....

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
ETAT CARDIAQUE :**

Tension artérielle Troubles du rythme : oui non

Insuffisance cardiaque: oui non Troubles coronariens oui non

Artérites des membres inférieurs : oui non

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
TROUBLES DES METABOLISME :**

Diabète : oui non insulino-dépendant : oui non

Dyslipidémie oui non

Régime spécifique

**ETAT CLINIQUE ACTUEL :
ETAT PSYCHIQUE et ou PSYCHIATRIQUE :**

Normal Troubles liés au handicap

.....

Troubles indépendants du handicap

.....

Séjour en centre spécialisé psychiatrique oui non

si oui dates et lieux :

Diagnostic psychiatrique :

.....

État actuel et traitement

.....

ETAT GENERAL :

Poids Taille Groupe sanguin Rhésus

Vaccinations (nature, dates)

Régime

**TRAITEMENT ACTUEL :
MEDICAL (JOINDRE ORDONNANCES) :**

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

SOINS INFIRMIERS (JOINDRE ORDONNANCES SVP) :

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

KINESITHERAPIE (JOINDRE ORDONNANCES SVP):

.....
.....

AUTRES OBSERVATIONS :

.....
.....

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN :

..... tél :

*Je soussigné, Docteur..... certifie que M..... ne présente aucun
signe d'affection contagieuse.*

Fait à le

Signature :

*Important : prière de joindre cette partie médicale sous pli confidentiel à l'intention
du médecin de l'établissement, avec le détail des prescriptions médicales si admission imminente.*