



---

# 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

## Évaluation physique et psychique selon la grille AGGIR

A = Correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas

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

Groupe Iso-Ressource :

Date :

SIGNATURE  
 ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT