



# CERTIFICAT MEDICAL - ACCUEIL FAMILIAL

-CONFIDENTIEL-

A ADRESSER SOUS PLI CACHETE AU MEDECIN TERRITORIAL

Date de la demande :

Nom du Médecin : .....

Coordonnées : .....

Signature

Tampon

Nom ..... Nom de jeune fille .....

Prénoms .....

Date de naissance ..... Situation familiale .....

Adresse du domicile .....

Médecin traitant .....

## Actuellement, la personne est

<input type="checkbox"/> à domicile	<input type="checkbox"/> à l'hôpital ou en clinique	<input type="checkbox"/> en établissement spécialisé
<input type="checkbox"/> en maison de retraite	<input type="checkbox"/> convalescence - soins de suite	<input type="checkbox"/> Logement-foyer
<input type="checkbox"/> autre (à préciser) : .....		

Coordonnées : .....

## Type d'accueil demandé

<input type="checkbox"/> Accueil définitif	<input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> Accueil de jour	<input type="checkbox"/> Accueil de nuit
--	---	--	--

## Motif de la demande d'admission

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

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Poids : ..... Taille : .....

Si hospitalisation, motif et date d'admission :

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

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

Traitement complet en cours :

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

Allergies :

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

Vaccins à jour :

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

Prise de médicaments	<input type="checkbox"/> Seul (e)	<input type="checkbox"/> A surveiller
Médicaments à préparer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Soins particuliers

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

Pansements : .....

Tabac	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Alcool	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

# EVALUATION DU DEGRE D'AUTONOMIE ET DE DEPENDANCE

## FONCTION INTELLECTUELLE

Désorientation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle <input type="checkbox"/> Spatiale
Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Permanentes <input type="checkbox"/> A court terme	<input type="checkbox"/> Occasionnelles <input type="checkbox"/> A long terme
Cohérence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Comportement diurne	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Fugue
Comportement nocturne	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Fugue
Agressivité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Autres : .....

La personne a -t-elle été suivie sur le plan psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La personne est-elle suivie sur le plan psychiatrique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom du Médecin psychiatre : .....		
La personne est-elle suivie sur le plan neurologique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom du Médecin neurologue : .....		

## FONCTION SENSORIELLE

Auditive : .....

Visuelle : .....

Expression verbale : .....

Prothèses	<u>Dentaire</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Orthopédique</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<u>Auditive</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<u>Oculaire</u>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## TOILETTE-HABILLAGE

Toilette	<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale

## ALIMENTATION

Régime	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/> Sans sel	<input type="checkbox"/> Sans graisse
Mange	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
	<input type="checkbox"/> Sonde d'alimentation	<input type="checkbox"/> Haché	<input type="checkbox"/> Mixé	
Boit	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
	<input type="checkbox"/> Fausse route liquide	<input type="checkbox"/> Fausse route solide	<input type="checkbox"/> Eau gélifiée	

## ELIMINATION

<b>Urines</b>	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Fuites urinaires	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire
	<input type="checkbox"/> Incontinence diurne	<input type="checkbox"/> Incontinence nocturne	<input type="checkbox"/> Auto dialyse
	<i>Change complet - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<i>Change anatomique - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<b>Selles</b>	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence diurne	<input type="checkbox"/> Incontinence nocturne
	<i>Poche de colostomie - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<i>Change complet - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<i>Change anatomique - Gère seul(e)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## LOCOMOTION

<b>Lever / Coucher</b>	<input type="checkbox"/> Seul (e)	<input type="checkbox"/> Avec 1 personne	<input type="checkbox"/> Avec 2 personnes
	<i>Aides techniques</i>	<input type="checkbox"/> Barrières <input type="checkbox"/> Lève-malade	<input type="checkbox"/> Angle de sécurité <input type="checkbox"/> Autres
<b>Marche</b>	<input type="checkbox"/> Seul (e)	<input type="checkbox"/> Avec 1 personne	<input type="checkbox"/> Avec 2 personnes
	<i>Aides techniques</i>	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
		<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Autres

Périmètre de marche : .....

La personne est-elle capable de monter des marches ? Si oui, combien ?

<input type="checkbox"/> Oui, .....	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------	------------------------------

La personne est-elle capable de descendre des marches ? Si oui, combien ?

<input type="checkbox"/> Oui, .....	<input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------	------------------------------

## RESPIRATION

<b>Oxygène</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
----------------	------------------------------	------------------------------

<b>Extracteur :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---------------------	------------------------------	------------------------------

## CONTAGION

La personne est-elle porteuse d'une maladie contagieuse ou d'un microbe pathogène ?

<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, laquelle / lequel ? .....
<input type="checkbox"/> Non	