



DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de Naissance :
Poids : Taille :

Déficiences : (Nature - Origine - Histoire) :

-
-
-

- Congénitale Héréditaire
 Acquise depuis

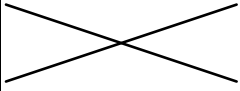
Antécédents :

- Médicaux :
-
-
-
- Chirurgicaux :
-
-
-
- Obstétricaux :
-
-
-
- Séjours en Milieu Hospitalier ou centre de rééducation :
-
-
-

- Vaccins - Sérologies
-
-

ETAT GENERAL :

APPAREIL NEURO-MOTEUR

	MSD	MSG	MID	MIG	TRONC
Paralyse	Complète				
	Partielle				
Mouvements anormaux					
Spasticité					
Déformations					
Amputations					
Marche	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	avec canne(s) <input type="checkbox"/>		
			avec déambulateur <input type="checkbox"/>		
Troubles d'équilibre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Troubles de sensibilité	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Préciser :		
Difficultés de préhension	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Main Droite <input type="checkbox"/>	Main Gauche <input type="checkbox"/>	
Main dominante	Droite <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/>			

FONCTIONS SUPERIEURES - VIGILANCE :

Déficience intellectuelle : Non Oui
Préciser :

Troubles du comportement : Non Oui
Préciser :

Troubles psychiques : Non Oui
Préciser :

Comitialité : Non Oui
Troubles des praxies - des gnosies Non Oui Préciser :

Troubles du langage : Non Oui
 - Aphasie Non Oui
 - Dysarthrie Non Oui
 - Communication non verbale Non Oui

ETAT SENSORIEL - DEFICIT :

Vue Non Oui Lunettes Lentilles

Audition Non Oui Appareil Non Oui

APPAREIL DIGESTIF :

Bavage	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Fausse-route	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Solides <input type="checkbox"/>	Mixés <input type="checkbox"/>	Liquides <input type="checkbox"/>
Prothèse dentaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Alimentation	Normale <input type="checkbox"/>	Mixée <input type="checkbox"/>			
	Régime <input type="checkbox"/>	Lequel :			
Gastrostomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Depuis :		
Iléostomie - Colostomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Depuis :		
Incontinence	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Constipation	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doigtés <input type="checkbox"/>		
Diabète	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Insuline <input type="checkbox"/>		

APPAREIL URINAIRE :

Infections	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		
Incontinence	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Couches <input type="checkbox"/>	Etuis péniens <input type="checkbox"/>
Sondage :	intermittent <input type="checkbox"/>	Stomie urinaire <input type="checkbox"/>		
	à demeure <input type="checkbox"/>			

ETAT CUTANE :

Affection dermatologique :

Plaie :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Escarres :	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Localisation :

Matelas anti-escarre (type) :

Coussin anti-escarre (type) :

APPAREIL CARDIO - VASCULAIRE :

-
-
-

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Infections fréquentes	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Insuffisance respiratoire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oxygène <input type="checkbox"/>
Assistance respiratoire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Trachéotomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	depuis :
			Type :

AUTRES AFFECTIONS :

-
-
-

AUTONOMIE	SEUL	AIDES TECHNIQUES	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Déplacements : . Marche <input type="checkbox"/> . FRM <input type="checkbox"/> . FRE <input type="checkbox"/>				
Verticalisation				
Transferts				
Hygiène du corps				
Habillage / Déshabillage				
Alimentation				
Elimination sphincters				

APPAREILLAGE :

Chaussures orthopédiques Non Oui

Corset orthopédique Non Oui

Siège coque Non Oui

Orthèse de main Non Oui Type :

Prothèse Non Oui Type :

Fauteuil roulant manuel Non Oui Type :

Fauteuil roulant électrique Non Oui Type :

Aides techniques Non Oui Type :

Autre :

-
-

MEDICAMENTS :

- - -
- - -
- - -

SOINS INFIRMIERS :

Pansements	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Médicaments	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Nursing	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Escarres	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Stomie gastrique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Stomie intestinale	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Stomie urinaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Assistance respiratoire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Insulinothérapie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Doigtés	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

SOINS DE REEDUCATION :

Kinésithérapie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Fréquence : / semaine
Ergothérapie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Fréquence : / semaine
Autre :			

AUTRES OBSERVATIONS :

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN

DATE

CACHET ET SIGNATURE