

# **DOSSIER MÉDICAL**

## **D'ADMISSION**

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de Naissance : .....

Lieu de résidence actuel : .....  
.....

Adresse des parents : .....  
.....

Téléphone : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| Portable : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

### **Déficiences**

#### **Nature :**

- .....  
- .....  
- .....

#### **Origine :**

- .....  
- .....  
- .....

#### **Histoire :**

- .....  
- .....  
- .....

Congénitale

Héritaire

Acquis depuis : .....

**Affection de Longue Durée :**    Oui     Non

Motif : ..... Depuis le .....

**Antécédents Médicaux :**

- .....
- .....
- .....
- .....

**Antécédents Chirurgicaux :**

- .....
- .....
- .....
- .....

**Antécédents Obstétricaux :**

- .....
- .....
- .....
- .....

**Séjours en milieu hospitalier et/ou centre de rééducation ou convalescence :**

- .....
- .....
- .....
- .....

**Allergies :**      Oui       Non

Intolérance Médicamenteuse : .....

Intolérance Alimentaire : .....

**Vaccins :**

- .....
- .....
- .....

**Sérologies :**

- .....
- .....
- .....

## ÉTAT GÉNÉRAL

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

### APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Pathologies actuelles :

- .....  
.....  
- .....  
.....  
- .....  
.....

### APPAREIL RESPIRATOIRE

Pathologies actuelles :

.....  
.....

Infections fréquentes : Non  Oui

Insuffisance respiratoire : Non  Oui  Oxygène

Assistance respiratoire : Non  Oui  Type : .....

Trachéotomie : Non  Oui  Depuis : .....

### APPAREIL DIGESTIF

Bavage : Non  Oui

Fausse-route : Non  Oui  Solides  Mixés  Liquides

Prothèse dentaire : Non  Oui  Supérieures  Inférieures

Alimentation : Normale  Mixée   
Régime  Lequel : .....

Diabète : Non  Oui  Insuline

Dyslipidémies : Non  Oui

Gastrostomie : Non  Oui  Depuis : .....

Iléostomie – Colostomie : Non  Oui  Depuis : .....

Incontinence Anale : Non  Oui

Constipation : Non  Oui  Doigtés

## FONCTIONS SUPÉRIEURES – VIGILANCE

Déficience intellectuelle : Non  Oui

Préciser : .....

Troubles du comportement : Non  Oui

Préciser : .....

Troubles psychiques : Non  Oui

Préciser : .....

Troubles du langage :

Aphasie Non  Oui

Dysarthrie Non  Oui

Communication non verbale Non  Oui

Préciser : .....

Comitialité : Non  Oui

Forme : .....

## APPAREIL NEURO-MOTEUR

	MSD	MSG	MID	MIG	TRONC
Paralysie Complète					
Partielle					
Mouvements anormaux					
Spasticité					
Déformations					
Amputations					X

Marche :

Non  Oui  Canes  Déambulateur

Troubles de l'équilibre :

Non  Oui

Troubles de la sensibilité :

Non  Oui  Préciser : .....

Difficultés de préhension :

Non  Oui  Main Droite  Main Gauche

Main dominante :

Droite  Gauche

### APPAREIL RHUMATOLOGIQUE

Pathologies actuelles :

- .....  
.....  
- .....  
.....  
- .....  
.....

### APPAREIL URINAIRE

Infections : Non  Oui

Incontinence : Non  Oui

Diurne Non  Oui  Couches  Etuis péniens

Nocturne Non  Oui  Couches  Etuis péniens

Sondage :

Intermittent  À demeure  Stomie Urinaire

### APPAREIL ENDOCRINIEN

Pathologies actuelles :

- .....  
.....  
- .....  
.....  
- .....  
.....

### ÉTAT SENSORIEL - DÉFICIT

Déficit Visuel : Non  Oui

Si oui : Lunettes  Lentilles

Déficit Auditif : Non  Oui

Si oui, appareil : Non  Oui

Pathologies ORL : Non  Oui

Préciser : .....  
.....

**ÉTAT CUTANÉ**

Affection dermatologique :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Plaie : Non  Oui

Localisation : .....

.....

Escarres : Non  Oui

Localisation : .....

.....

Matelas anti-escarre (type) : .....

.....

Coussin anti-escarre (type) : .....

.....

**AUTRES AFFECTIONS**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## AUTONOMIE ACTUELLE

	Seul	Aides techniques	Aide partielle	Aide totale
<u>Déplacements :</u>				
Marche <input type="checkbox"/>				
FRM <input type="checkbox"/>				
FRE <input type="checkbox"/>				
Verticalisation				
Transferts				
Hygiène corporelle				
Habillage				
Déshabillage				
Alimentation				
Elimination				

## 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 Electrique :            Non             Oui             Type : .....
- Aides Techniques :                        Non             Oui             Type : .....
- Autre : - .....
- .....
- .....
- .....

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



## RÉCAPITULATIF DES SOINS

### Soins Infirmiers

Pansements : Non  Oui       Escarres : Non  Oui   
Protocole en place : ..... Stade et protocole en place : .....  
.....

Stomie gastrique : Non  Oui       Stomie intestinale : Non  Oui   
Type : ..... Type : .....  
En place depuis le : ..... En place depuis le : .....

Stomie urinaire : Non  Oui       Sonde urinaire : Non  Oui   
Type : ..... Type : .....  
En place depuis le : ..... En place depuis le : .....

Doigtés : Non  Oui   
Fréquence : .....

Médicaments : À donner : Non  Oui   
À piler : Non  Oui

Insulinothérapie : Non  Oui  Type : .....  
Autonome dans la gestion du traitement : Non  Oui

Assistance Respiratoire : Non  Oui  Type : .....

### Soins De Rééducation

Kinésithérapie : Non  Oui  Fréquence : ..... / semaine  
Ergothérapie : Non  Oui  Fréquence : ..... / semaine

### AUTRES OBSERVATIONS

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

Nom et adresse du médecin : .....  
.....

Date : .....

Cachet et signature :