



DOSSIER MEDICAL

Compte-rendu d'Hospitalisation avec Antécédents

Appartement de Coordination Thérapeutique « Les Maraîchers »

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

☐ Mr ☐ Mme NOM :

Prénom :

Date de Naissance :/...../...../

Indice de KARNOSKY :

GIR :

ENVIRONNEMENT MEDICAL

Hôpital Référent :

Service :

☎ :/...../...../...../...../

@ :

Médecin Référent :

Service :

☎ :/...../...../...../...../

@ :

Médecin traitant :

Service :

☎ :/...../...../...../...../

@ :

DONNEES MEDICALES

❖ Pathologies Principales Associées

❖ Antécédents

❖ Allergies

❖ Addictions ☐ OUI - ☐ NON - Lesquelles

❖ Risques infectieux

HISTOIRE DE LA MALADIE ET TRAITEMENTS ACTUELS

ALIMENTATION	Régime
S'alimente Seul <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Texture :
Risque de Fausses Routes <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Gastrostomie <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
MOBILITE Marcher <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	
Aide	
<input type="checkbox"/> Fauteuil Roulant <input type="checkbox"/> Canes <input type="checkbox"/> Verticalisateur	<input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Planche de Transfert <input type="checkbox"/> Lève Personne
COHERENCE : <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Troubles Cognitifs <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
HYGIENE : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Partiellement	
Incontinence URINAIRE <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON Incontinence TOTALE <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sonde Urinaire <input type="checkbox"/> Poche de Colostomie
	Porteur de BMR <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

Fait à

Le

NOM du Médecin ou IDE

Cachet du Praticien et Signature