

QUESTIONNAIRE MEDICAL

RENSEIGNEMENTS STRICTEMENT CONFIDENTIELS

A remplir par le médecin traitant qui est prié de le retourner, sous pli fermé, à l'adresse ci-dessous, à l'attention du Docteur Kenan SAKBANI, médecin répondant de l'établissement

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Etat Civil :

Domicile : Rue et N° :

.....

N° Postal et Localité :

N° de Téléphone :

Actuellement à :

.....

.....

BREVE ANAMNESE

ETAT PHYSIQUE

ALIMENTATION

- ♦ bonne
- ♦ à surveiller

REGIME

- ♦ normal
- ♦ sans sel
- ♦ diabétique
- ♦ autres

ELIMINATION

- ♦ normale
- ♦ incontinence urine diurne / nocturne
- ♦ incontinence fécale diurne / nocturne
- ♦ sonde vésicale

MOBILISATION

- ♦ seul (e)
- ♦ avec aide (cannes ou autres)
- ♦ risque de chutes
- ♦ ne marche pas

HYGIENE

- ♦ bonne
- ♦ à surveiller

TOILETTE ET HABILLAGE

- ♦ seul (e)
- ♦ avec aide

VUE ET OUIE

- ♦ bonne / mauvaise
- ♦ lunettes oui / non
- ♦ appareil acoustique oui / non

ETAT PSYCHIQUE

COMPORTEMENT

- ♦ normal
- ♦ instable
- ♦ agressif
- ♦ passif

HUMEUR

- ♦ normale
- ♦ labile
- ♦ dépressive
- ♦ idées suicidaires

LANGAGE

- ♦ normal
- ♦ légèrement perturbé
- ♦ perturbé

MEMOIRE

- ♦ bonne temps / espace
- ♦ médiocre temps / espace
- ♦ mauvaise temps / espace
- ♦ risque de fugues

SOMMEIL

- ♦ normal
- ♦ avec médication
- ♦ déambulation

- ♦ **Souligner ce qui convient**

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE :

SYSTEME RESPIRATOIRE :

SYSTEME DIGESTIF :

SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE :

SYSTEME URO-GENITAL :

SYSTEME NERVEUX :

THERAPEUTIQUE ACTUELLE :

Lieu et date :

Adresse et signature du médecin traitant :