

DONNEES MEDICALES (Antécédents)

.POIDS :..... TAILLE : à la date du

VACCINS : – Tétanos date :.....
 – Grippe date :.....
 – Pneumocoque date :.....
 – Autre(s) date :.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS EN COURS

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

KINESITHERAPIE : – oui, quel type.....
 – non

REGIME ALIMENTAIRE – oui, quel type.....
 – non

APPAREILLAGES : – oxygène
 – sonde urinaire
 – dialyse
 – assistance respiratoire
 – sonde gastrique
 – stomie

ETAT PSYCHIQUE A = absence L = léger I = important M = majeur

	A	L	I	M
Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du caractère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulation / fugues	<input type="checkbox"/> – oui		<input type="checkbox"/> - non	
Alcoolisme	<input type="checkbox"/> – oui		<input type="checkbox"/> - non	
Délires	<input type="checkbox"/> – oui		<input type="checkbox"/> - non	
Maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/> – oui		<input type="checkbox"/> – non	type :.....

Résultat MMS : _____ / 30 date.....

ETAT PHYSIQUE

SYSTEME NERVEUX :

- Troubles de l'équilibre et chutes
- Syndrome extra-pyramidal
- Comitialité
- Neuropathie périphérique
- Affection du système nerveux central
- Autres.....

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

- HTA
- AVC date.....
- Troubles de rythme
- Artérite des membres inférieurs
- Insuffisance cardiaque
- Maladie thrombo-embolique
- Cardiopathie ischémique
- Hypotension orthostatique
- Stimulateur cardiaque date.....
- Maladie veineuse chronique
- Valvulopathie
- Autre(s).....

APPAREIL RESPIRATOIRE

- Insuffisance respiratoire chronique
- Asthme
- Cancer
- BPCO
- Tuberculose récente
- Trachéotomie
- Autres(s)

APPAREIL URINAIRE

- Pathologie haut appareil
- Insuffisance rénale
- Affection vésico-prostatique
- Incontinence urinaire
- Autre(s).....

APPAREIL DIGESTIF

- Ulcère gastrique ou duodéal
- Hernie, éventration
- Hernie hiatale, RGO
- Incontinence anale
- Lithiase biliaire
- Colopathie
- Cancer.....
- Troubles de la déglutition
- Autre(s).....

ETAT PHYSIQUE (suite)

HEMATOLOGIE

- Affection caractérisée

DERMATOLOGIE

- Escarres localisation(s).....
- Ulcères
- Autres.....

APPAREIL GENITAL

- Néoplasie utérine
- Prolapsus
- Cancer du sein
- Pathologie de la ménopause
- Autres

METABOLISME, ENDOCRINOLOGIE

- Diabète insulino-dépendant
- Diabète non insulino-dépendant
- Dysthyroïdie
- Autre.....

OPHTALMOLOGIE

- Maladie(s) de la rétine
- Glaucome
- Autres.....

AUDITION

- Altérée
- Prothèse(s)

APPAREIL LOCOMOTEUR

- Arthrose symptomatique hanches genoux épaules
- Rhumatisme inflammatoire
- Déformation rachidienne
- Fractures
- Ostéoporose
- Prothèses
- pathologies des pieds
- Autre(s)

AUTRE(S) ANTECEDENT(S) IMPORTANT(S), ALLERGIES

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

COMMENTAIRES, RECOMMANDATIONS

.....
.....

DEGRE D'AUTONOMIE**GRILLE AGGIR**

S = Spontanément **T** = Totalement **C** = Correctement **H** = Habituellement

Pour chaque item, **cocher les cases lorsque les conditions ne sont pas remplies et que la réponse est **NON**.**

Puis codez par A, B ou C en bout de ligne selon le nombre d'adverbes cochés :

A = aucun adverbe n'est coché

B = Une partie des adverbes est cochée

C = Tous les adverbes sont cochés

Activités réalisées par la personne seule :		S	T	C	H	CODE
Cohérence :	Communication					<input type="checkbox"/>
	Comportement					
Orientation:	dans le temps					<input type="checkbox"/>
	dans l'espace					
Toilette	Haut					<input type="checkbox"/>
	Bas					
Habillage	Haut					<input type="checkbox"/>
	Moyen					
	Bas					
Alimentation	Se servir					<input type="checkbox"/>
	Manger					
Elimination (Hygiène)	Urinaire					<input type="checkbox"/>
	Fécale					
Transferts (Se lever, se coucher s'asseoir)						<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'intérieur						<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur						<input type="checkbox"/>
Alerter						<input type="checkbox"/>
Groupe Iso-Ressources défini par le système informatique						<input type="checkbox"/>

DOSSIER REMPLI PAR.....

Fait à

Signature et cachet du médecin

le/...../.....