

DOSSIER MÉDICAL
à adresser SOUS PLI CONFIDENTIEL
à l'attention du Dr CHRISTMANN

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION OU DE STAGE AU CAPS

CE DOSSIER EST A REMPLIR PAR UN MÉDECIN. IL DOIT ETRE ACCOMPAGNÉ DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- Derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Dernière prise de sang
- Ordonnances en cours
- Certificats de vaccinations

IDENTITÉ DE LA PERSONNE

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Date & lieu de naissance :

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Télécopie, Mail)

NOM ET COORDONNÉES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES (Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Télécopie, Mail)

DOSSIER MÉDICAL
à adresser SOUS PLI CONFIDENTIEL
à l'attention du Dr CHRISTMANN

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

PATHOLOGIES ACTUELLES

ALLERGIES CONNUES : NON OUI Si oui, préciser :

INTOLÉRANCES : NON OUI Si oui, préciser :

RÉGIME ALIMENTAIRE MÉDICAL : NON OUI Si oui, préciser :

HABITUDE ALIMENTAIRE : NON OUI Si oui, préciser :

RISQUE DE FAUSSE ROUTE : NON OUI Si oui, préciser :

TRAITEMENTS EN COURS (ou joindre les ordonnances) – Noms des médicaments, posologies, voies d'administration

DOSSIER MÉDICAL

à adresser SOUS PLI CONFIDENTIEL

à l'attention du Dr CHRISTMANN

FONCTIONS SENSORIELLES

CÉCITÉ : NON OUI

SURDITÉ : NON OUI

COMMUNICATION (orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui, etc.) :

CONDUITE ÉMOTIONNELLE, RELATIONNELLE (préciser, si nécessaire, la fréquence et l'intensité des crises) :

Profil impulsif (crises d'agitation, actes auto et hétéro-agressifs*)

Profil obsessionnel compulsif (rituels, stéréotypies*)

Profil psychotique (formes délirantes ou hallucinatoires ; formes avec repli par rapport au ; formes avec troubles de l'humeur*)

* Rayer les mentions inutiles

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation / agressivité / cris		
Dépression / risques suicidaires		
Anxiété		
Conduites à risques		
Apathie		
Désinhibition		
Troubles du sommeil		
Troubles obsessionnel compulsif		
Potomanie		
Comportements moteurs aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées, etc.)		

ADDICTION

	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Drogue		
Sevrage		
Traitement de substitution		

DOSSIER MÉDICAL
à adresser SOUS PLI CONFIDENTIEL
à l'attention du Dr CHRISTMANN

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE

		Seul	Aides techniques	Aides partielles	Aide totale
Transfert					
Déplacements	A l'intérieur				
	A l'extérieur				
Hygiène corporelle	Haut				
	Bas				
Élimination sphincters	Urinaire				
	Fécale				
Habillage / déshabillage	Haut				
	Moyen				
	Bas				
Alimentation	Se servir				
	Manger				
Orientation	Temps				
	Espace				
Communication pour alerter					
Cohérence					

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS ÉVENTUELLES (contexte, aspects cognitifs, etc.)

COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune / Ville :

Date :

Signature / cachet (OBLIGATOIRE) :