

**DOSSIER MÉDICAL**  
**à adresser SOUS PLI CONFIDENTIEL**  
**à l'attention du Dr MENU-GUILLEMIN**

**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 MENU-GUILLEMIN**

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 MENU-GUILLEMIN

#### PRISES EN CHARGE RÉGULIÈRES

- Hospitalisation itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées
- Prises en charge paramédicales régulières :  
Kinésithérapie : NON  OUI   
Orthophonie : NON  OUI   
Autre (à préciser) :

#### SOINS OU TRAITEMENTS NOCTURNES

NON  OUI  Si oui, préciser :

#### APPAREILLAGES

- |   |  |   |                                     |                                |
|---|--|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lunettes                       | <input type="checkbox"/> Lentilles de contact                  |   |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif unilatéral    | <input type="checkbox"/> Appareil auditif bilatéral            |   |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> Casque de protection           | <input type="checkbox"/> Orthèse, prothèse                     |   |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> Stomie digestive d'élimination | <input type="checkbox"/> Gastro ou jéjunostomie d'alimentation |   |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> Sonde urinaire à demeure       | <input type="checkbox"/> Sondage intermittent                  | <input type="checkbox"/> Stomie urinaire                                    |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> Trachéotomie                   | <input type="checkbox"/> O2                                    | <input type="checkbox"/> Appareil de ventilation (préciser)                 |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> Canne                          | <input type="checkbox"/> Déambulateur                          | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> Manuel | <input type="checkbox"/> Electrique | <input type="checkbox"/> Coque |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :          |  |   |                                     |                                |

---

#### DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

Préciser, le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur, etc. :

TAILLE :

POIDS :

LATÉRALITÉ DOMINANTE :

# DOSSIER MÉDICAL

## à adresser SOUS Pli CONFIDENTIEL

### à l'attention du Dr MENU-GUILLEMIN

#### 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 MENU-GUILLEMIN

### 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) :