



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DESTINEE AU MEDECIN COORDINATEUR DE
L'ACCUEIL DE JOUR**

Patient **NOM** **Prénom**

Motif de la demande :

- Préserver, maintenir, voire restaurer l'autonomie de la personne grâce à un accompagnement et des soins adaptés à ses besoins réalisés en petit groupe afin de permettre une poursuite de sa vie à domicile dans les meilleures conditions possibles.
- Donner du répit dans la semaine à l'aidant informel.

Antécédents importants à connaître :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Psychiatriques :

Tabac Alcool

Allergies connues :

Troubles sensoriels concernant : La vue L'ouïe

Maladie éventuellement en cours à l'origine de la perte d'autonomie sur le plan psychique :

L'annonce du diagnostic a-t-elle été faite ?

OUI *NON*

- Si oui*
- Au patient
 - A l'entourage

En cas de troubles cognitifs, la personne est suivie à la consultation mémoire de :

- Briançon
- Embrun
- Gap
- Autre - laquelle ?

Date de la dernière consultation : ... / ... / ...

Maladie associée à l'origine d'une dépendance physique :

Traitement en cours :

La personne doit-elle suivre un régime alimentaire particulier ?

OUI

NON

- Si oui* Pauvre en sel
 Pauvre en sucres simples

Symptômes psychologiques et comportementaux :

OUI

NON

- Si oui* Idées délirantes
 Hallucinations visuelles, auditives
 Agitation/Agressivité
 Dépression/Dysphorie
 Anxiété
 Exaltation de l'humeur/Euphorie
 Apathie/Indifférence
 Désinhibition
 Irritabilité/Instabilité de l'humeur
 Comportement moteur aberrant
 Troubles du sommeil
 Troubles de l'appétit

Soins techniques à réaliser entre 09h30 et 16h30 ?

OUI

NON

- Si oui* Donner un traitement médicamenteux
 Change de protection
 Glycémie capillaire
 Injection d'insuline
 Sonde de trachéotomie
 Stomie urinaire
 Stomie digestive
 Autres

Aides techniques dont la personne va être munie :

- Fauteuil roulant
 Déambulateur
 Cannes de marche
 Orthèses
 Autres

Recommandations (risque de chute, de fausses routes, de fugue, etc) :

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

Souhaitez-vous que le médecin coordinateur vous contacte ?

OUI

NON

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR