

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DESTINÉE AU MÉDECIN
COORDINATEUR DE L'ACCUEIL DE JOUR**

<u>Identification du BÉNÉFICIAIRE</u>	
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

<u>Identification du médecin prescripteur</u>		
NOM	Prénom	N° Téléphone
.....