

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

<u>Identification du BÉNÉFICIAIRE</u>		
NOM	Prénom	Date de naissance
.....	.....	.....

**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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Idées délirantes                    | <input type="checkbox"/> Apathie/Indifférence                 |
| <input type="checkbox"/> Hallucinations visuelles, auditives | <input type="checkbox"/> Désinhibition                        |
| <input type="checkbox"/> Agitation/Agressivité               | <input type="checkbox"/> Irritabilité/Instabilité de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Dépression/Dysphorie                | <input type="checkbox"/> Comportement moteur aberrant         |
| <input type="checkbox"/> Anxiété                             | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil                  |
| <input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur/Euphorie     | <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit                |

**Soins techniques à réaliser entre 09h30 et 16h30 ?**

- OUI  NON

Si oui :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Donner un traitement médicamenteux | <input type="checkbox"/> Sonde de trachéotomie |
| <input type="checkbox"/> Change de protection               | <input type="checkbox"/> Stomie urinaire       |
| <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire                | <input type="checkbox"/> Stomie digestive      |
| <input type="checkbox"/> Injection d'insuline               | <input type="checkbox"/> Autres                |

**Aides techniques dont la personne va être munie :**

- Fauteuil roulant
- Déambulateur
- Cannes de marche
- Orthèses
- Autres

**Recommandations**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Risques de chutes                  | <input type="checkbox"/> Risques liés à la sexualité                  |
| <input type="checkbox"/> Risques de fugue ou de disparition | <input type="checkbox"/> Risques de harcèlement ou abus de faiblesse  |
| <input type="checkbox"/> Risques liés aux addictions        | <input type="checkbox"/> Risques de radicalisation ou de prosélytisme |
| <input type="checkbox"/> Risques de dénutrition             | <input type="checkbox"/> Autre :                                      |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition         |   |

**Souhaitez-vous que le médecin coordinateur vous contacte ?**

- OUI  NON

**Identification du médecin prescripteur**

**NOM**

**Prénom**

**N° Téléphone**

.....

.....

.....

**Adresse mail du cabinet :** .....