

**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 :

Date :