



objet : Dossier du Patient

Doc OPC 4 - 1 - 3

Nom du demandeur : Date : / / 20.....

Structure : Tel : / / /

Patient :

Nom et Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Lieu de naissance : Nationalité :

Téléphone : Adresse :

Situation de famille :

Pour les mineurs, nom et prénom des parents ou tuteur :

.....

N° S.S. :

Prise en Charge : A.L.D.

A.T. Date de l'A.T. :

C.M.U.

Invalidité.

Article 115

Caisse de Sécurité Sociale :

Adresse :

Mutuelle :

Adresse :

Si le patient n'est pas l'assuré :

Nom de l'assuré : N° S.S. :

Prénom de l'assuré :

Si le patient est connu d'un service social, nom de l'Assistante Sociale :

Adresse du service :

Téléphone :

Si il est hospitalisé actuellement, nom de l'établissement :

Nom du service :

Documents à apporter lors de l'arrivée au Centre :

- 1 - Pièce d'identité;
- 2 - Carte Vitale (se munir de l'attestation papier si possible);
- 3 - Attestation de Mutuelle.



objet : Dossier du Patient

Doc OPC 4 - 1 - 3

Renseignements Médicaux

1 - Personne à prévenir

Nom : Prénom :
Lien : Téléphone fixe :
Téléphone portable:

2 - Antécédents :

.....

3 - Pathologie actuelle : Date de début :

.....

4 - Intervention(s) Chirurgicale(s), Traitement(s) Spécifique(s) :

.....

5 - Déficiences :

Etat Général : Poids :

Etat Trophique et circulatoire :

Escarres :

Phlébites :

Autres :

Douleur, Intensité :

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



objet : Dossier du Patient

Doc OPC 4 - 1 - 3

Renseignements Médicaux (suite)

Doléances :

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

Vue :

Audition :

Sensibilité :

Mental :

Conscience :
Score Glasgow :
Orientation :
Attention :
Mémoire :
Intellectuel :
Sommeil :
Langage :

Appareil Locomoteur :

Mobilités articulaires :
.....
Puissance musculaire :
.....
Tonus musculaire :
.....
Mouvements involontaires :
.....

Déglutition :

Alimentation Orale <input type="checkbox"/>	Texture :
	Boissons : Liquides <input type="checkbox"/>
	Épaissies <input type="checkbox"/>
Alimentation Entérale <input type="checkbox"/>	S.N.G. <input type="checkbox"/>
	Gastrostomie <input type="checkbox"/>
	Jejunostomie <input type="checkbox"/>
Alimentation Parentérale <input type="checkbox"/>	

Appareil Cardio-Respiratoire :

.....

Trachéotomie :

Oxygénothérapie :

Autres :

Préciser :

.....

.....

.....

Appareil Vésico-Sphinctérien :

Vésical : Contenance

S.A.D.

Sondages intermittents

Incontinence

Anal : Contenance

Incontinence



Renseignements Médicaux (suite)

6 - Limitations d'Activités :

Mobilité :

Transferts :	
Seul(e)	<input type="checkbox"/>
Avec Aide partielle	<input type="checkbox"/>
Avec Aide totale	<input type="checkbox"/>
Station debout et marche :	
Seul(e)	<input type="checkbox"/>
Avec canne(s)	<input type="checkbox"/>
Avec déambulateur	<input type="checkbox"/>
Déplacements avec Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>

Entretien personnel :

Toilette :	
Seul(e)	<input type="checkbox"/>
Avec Aide partielle	<input type="checkbox"/>
Avec Aide totale	<input type="checkbox"/>
Habillage :	
Seul(e)	<input type="checkbox"/>
Avec Aide partielle	<input type="checkbox"/>
Avec Aide totale	<input type="checkbox"/>

Interactions avec autrui :

Comportement :	
Adapté	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>
Agité	<input type="checkbox"/>

Communication :

Compréhension :
.....
.....
Expression :
.....
.....

7 - Infections (s) :

- Site :
- Germe :
- Isolement
- Préciser Type :

8 - Traitement médical actuel :

-
-
-
-
-
-
- Régime alimentaire :
- VVC
- Site implantable



objet : Dossier du Patient

Doc OPC 4 - 1 - 3

Renseignements Médicaux (suite)

9 - Examens Complémentaires, Consultations (prévus, à prévoir) :

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10 - Social :

Situation de famille :

Marié(e)

Séparé(e).....

Divorcé(e).....

Union libre

Célibataire

Veuf (veuve).....

Enfants :

.....

.....

.....

.....

Proches :

.....

.....

.....

.....

Profession :

Habitat :

Finalité de la prise en charge au Centre :

.....

.....

.....

Projet social à la sortie du centre : **Oui** **Non**

Retour au domicile :

Placement en maison de retraite :

Autres :

Nom et Adresse du médecin Traitant :

.....

.....

.....

.....

Nom et Adresse du médecin prescripteur :

.....

.....

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

Fait le: **à :**

Signature :