



---

**DOSSIER MÉDICAL**

---

## Identité de la personne

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Provenance :  Domicile  Hôpital / Clinique

Autre (à préciser) :

Motif de la demande : .....

Protection juridique (tutelle, curatelle...) :

Nom et coordonnées de la personne référente : .....

## Antécédents

Médicaux : .....

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

Chirurgicaux : .....

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

Allergies : .....

.....

Vaccinations : .....

.....

## État actuel

Etat général : .....

.....

Poumons : .....

Cœur : .....

Neurologique : .....

MMS récent : ..... /30

Etat psychique et psychiatrique : .....

.....

.....

Appareil digestif : .....

.....

.....

## État actuel (suite)

Appareil génito-urinaire : .....

Appareil locomoteur : .....

Etat cutané : .....

Y-a-t'il une affection en cours ?  Oui  Non

Si oui laquelle : .....

Nécessité d'un isolement ?  Oui  Non

Organes des sens :

Vue :  Bonne  Mauvaise  Appareillée

Ouïe :  Bonne  Mauvaise  Appareillée

Prothèse dentaire :  Oui  Non

Taille : .....cm Poids : .....kg IMC : .....

## Traitements actuels

Médicaments et posologie : .....

Intervenants libéraux (kinésithérapeute, orthophoniste, ...) : .....

## Autonomie et dépendance

Alimentation :  Aucune aide  Aide partielle ou incitation  
 Aide importante  Alimentation par sonde

## Autonomie et dépendance (suite)

Toilette :  Aucune aide  
 Aide partielle ou incitation :  pour le haut  pour le bas  
 Aide importante :  pour le haut  pour le bas  
 Aide totale

Habillage :  Aucune aide  
 Aide partielle :  pour le haut  pour le bas  
 Aide totale

Incontinence :  Aucune  
 Incontinence occasionnelle  
 Incontinence permanente  
 Sonde à demeure n° \_\_\_\_\_ Posée le : \_\_\_\_\_

Déplacement :  Se déplace à l'intérieur :  seule  avec aide  
 Se déplace à l'extérieur :  seule  avec aide

Utilise :  Fauteuil roulant  Déambulateur  Canne  
 Ne se déplace pas

Orientation : Dans le temps :  bonne  perturbée  
 Dans l'espace :  bonne  perturbée

Comportement :  Adapté  Inadapté  Agressif  Repli sur soi  
 Troubles du sommeil  Idées délirantes  Troubles de la mémoire

Communication :  bonne  mauvaise  impossible

## Autres renseignements ou commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

Questionnaire rempli le .....

SIGNATURE  
 ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

À faire remplir par le médecin traitant

## Évaluation physique et psychique selon la grille AGGIR

A = Correctement

B = Fait partiellement

C = Ne fait pas

COHÉRENCE Converser et/ou se comporter de façon logique	
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et le lieu	
HABILLAGE S'habiller, se déshabiller	
ALIMENTATION	
ÉLIMINATION Assurer l'hygiène de l'élimination	
TRANSFERT Se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette ...	

Groupe Iso-Ressource :

Date :

SIGNATURE  
ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT