



**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

➤ **Motif de la demande :**

➤ **Antécédents et pathologies associées :**

➤ **Bilan médical :**

Type et date d'intervention :

Complications :

Patient hospitalisé au cours de l'année précédente à l'étranger :  Oui  Non

Patient porteur de BMR :  Oui  Non

Score ASA : .....

Traitements en cours :

Régime en cours :

➤ **Degré de dépendance :**

**Participation**

- Normale
- Altérée
- Difficile

**Comportement**

- Adapté
- Désorienté
- Violent
- Dépressif

**Compréhension**

- Normale
- Altérée
- Difficile

**Parole**

- Normale
- Aphasie

**Audition**

- Normale
- Appareillage
- Surdité

**Vision**

- Normale
- Appareillage
- Cécité

**Alimentation**

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale
- Régime : .....

**Habillage**

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

**Toilette**

- Autonome
- Aide partielle
- Aide totale

**Incontinence urinaire**

- Jamais
- Partielle
- Totale
- Sonde
- Poche d'urétérostomie

**Incontinence anale**

- Jamais
  - Partielle
  - Totale
  - Poche de colostomie
- Type : .....

**Respiration**

- Normale
- Oxygène
- Aérosols

**Marche**

- Sans aide
- Avec cannes/ déambulateur
- Avec tierce personne
- Appui autorisé
- Sans appui pendant.....

**Contention**

- Plâtre
- Fixateur externe
- Bas à varices/ bandes

**Etat cutané**

- Normal
- Risque d'escarre
- Pansement

**DEVENIR**

Retour à domicile  Maison de retraite : **PRECISER LES DEMARCHES DEJA ENGAGEES :**

Accessibilité : logement accessible

Présence d'un accompagnant

Autre : .....