

### Foyer orghandi

- Foyer de vie
- Accueil de jour
- Foyer d'Accueil Médicalisé
- Accueil Temporaire

### CERTIFICAT DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

*Cette fiche de renseignements est confidentielle et doit impérativement être remplie par le médecin traitant de l'intéressé.*

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : ----- sexe :-----

Adresse : -----

-----

Nature de la maladie ou de l'accident provoquant le handicap :-----

-----

-----

Type de handicap :-----

Maladie héréditaire : oui  non  date du début -----

Congénitale : oui  non

Poids :----- taille :-----

Régime :-----

Vaccinations :-----

-----

-----

Allergies et contre-indications :-----

-----

-----

Traitement actuel et posologie :

Traitement	Matin	Midi	Soir

Kinésithérapie : oui  non  fréquence :

Soins infirmiers :    oui        non        fréquence :

Orthophonie :    oui        non        fréquence :

Autres :-----

### **NEUROLOGIE**

Paralysie :    flasque        spasmodique   

Mouvements anormaux (tremblements, athétose, raideurs) :-----

Troubles de la sensibilité :    superficielle        profonde   

Epilepsie :    oui        non        surveillance spécifique :-----

### **FONCTIONS SUPERIEURES (cognition)**

Bilan neuropsychologique :    oui        non        date :-----

Troubles de la mémoire :    oui        non        type :-----

Apraxie    oui        non   

Anosognosie    oui        non   

Orientation temporo-spatiale :-----

### **TROUBLES SENSORIELS**

Audition :----- appareil auditif :    gauche        droit   

Vue :----- lunettes   

### **ETAT CUTANE**

Escarres : si oui localisation :-----

moyens de prévention : Matelas        type :-----

Coussin   

### **FONCTION ELIMINATION**

Incontinence anale :    diurne        nocturne   

Incontinence vésicale    diurne        nocturne   

Protections        étui pénien        sondages :        nbre de fois par jour :-----

### **FONCTION RESPIRATOIRE**

Capacité respiratoire :-----

Affection respiratoire chronique :-----

Trachéotomie :    oui   

Non   

Ventilation :    oui   

Non   

### **FONCTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

Tension artérielle : -----

Troubles du rythme :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Troubles coronariens	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

### **METABOLISME**

Diabète	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	insulino dépendant	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Régime spécifique	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	type :-----				

### **ETAT PSYCHIQUE**

Normal :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Troubles liés au handicap :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Troubles indépendants du handicap :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'humeur :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Séjours en centre spécialisé en psychiatrie :	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Si oui : dates et lieux -----  
-----

Coordonnées du médecin traitant

Tél. :

Fait à -----

le-----

Signature :

**IMPORTANT :**

*Prière de joindre sous pli confidentiel à l'intention du médecin de l'établissement, le détail des prescriptions médicales ainsi que tout compte-rendu de bilans, d'hospitalisation, de synthèse utiles pour une analyse précise du dossier médical.*

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DE SPORT.**

Je soussigné(e) Dr ..... déclare que

M.....

Est apte à pratiquer les sports ci- dessous.

	oui	non
Sarbacane		
Boccia		
Foot-fauteuil		
Pétanque		
Piscine		
Hand bike		
Musculation		
Abdominaux		
Fléchettes pendulaires		
Handi-golf		
Voile		
Tricycle		

Fait à :

le :

Signature :