

Cachet

Signature du médecin

HOSPITALITÉ YVELINES QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(Ce questionnaire est couvert par le secret médical)

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. mobile :

Dossier n° :

Votre photo

PERSONNE MALADE :

NOM PRENOM NÉ(E) LE/...../.....

Sous curatelle : Sous tutelle :

PATHOLOGIES ACTUELLES ET ANTÉCÉDENTS NOTABLES:

DOULEURS : siège, type

DÉFICIT MOTEUR - DIFFICULTÉ A LA MOBILISATION OU RISQUE DE CHUTES }

PATHOLOGIES HAUTEMENT CONTAGIEUSES, GERME MULTI-RÉSISTANT :

ALLERGIES : notamment médicamenteuses :

ÉTAT GÉNÉRAL : Satisfaisant Plus ou moins altéré Précaire

ADDICTIONS :

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DU MEDECIN TRAITANT

PRECAUTIONS ALIMENTAIRES :

Troubles de la MASTICATION

Troubles de la DEGLUTITION

RÉGIME et TEXTURE :

aucun régime.

régime sans sel strict

viande **obligatoirement hachée.**

repas mixés (texture lisse).

eau gélifiée obligatoire

eau gazeuse obligatoire.

Régimes particuliers
Préciser si risque majeur de fausse route

Photocopie de l'ordonnance ↓

Dossier n° :

NOM..... PRENOM.....

- préparer les médicaments faire prendre les médicaments

MÉDICAMENTS PER OS (<i>Écrire les noms en majuscules : princeps et DCI</i>)	8 h	12 h	18 h	Coucher
MÉDICAMENTS INJECTABLES : IM, SC, IV (Noms en majuscules)				
DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (patchs, gels)				
COLLYRES				
AEROSOLS – INHALATEURS				
VOIE RECTALE				

Surveillance particulière : Glycémie capillaire Pression artérielle

- Oxygénothérapie :** débit : litre/mn, : diurne nocturne permanent
- Kiné indispensable :** prescription médicale à joindre
- Soins locaux :** pansements, sondes, stomies (Apporter les fournitures correspondantes)
- Préciser si protocole, autres surveillances particul

.....

.....