

Cachet

**HOSPITALITÉ YVELINES  
QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Dossier n° :

*(Ce questionnaire est couvert par le secret médical)*

Nom du médecin traitant/coordonateur/référent :

.....

Adresse : .....

Tél. fixe : .....

Tél. mobile : .....

Votre photo

Signature du médecin

**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 PARTICULIÈRES DU MÉDECIN 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



Mail : [hospitalite@hospitalite-yvelines.org](mailto:hospitalite@hospitalite-yvelines.org) Site Internet : [www.hospitalite-yvelines.org](http://www.hospitalite-yvelines.org)  
Coordonnées bancaires : BIC : SOGEFRPP IBAN : FR76 3000 3012 3500 0505 5170 083