

Cachet

**HOSPITALITÉ YVELINES  
QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Dossier n° :

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

Signature du médecin

Nom du médecin traitant : .....

Votre photo

Adresse : .....

Tél. fixe : .....

Tél. mobile : .....

**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**

**PRÉCAUTIONS 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

**Surveillance particulière :**  Glycémie capillaire  Pression artérielle

Oxygénothérapie : débit :      litre/mn      : diurne      nocturne      permanent

Kiné indispensable : prescription médicale à joindre

**Soins locaux** : pansements, sondes, stomies, ... (si oui, apporter les fournitures correspondantes)

**Préciser si protocole, autres surveillances particulières, (Fréquence des soins et produits utilisés) :**