

Cachet

**HOSPITALITÉ YVELINES**  
**QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Dossier n° :

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

Nom du médecin traitant : .....

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

**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, ... (si oui, apporter les fournitures correspondantes)*Préciser si protocole, autres surveillances particulières, (Fréquence des soins et produits utilisés) :*

.....

.....