

HOSPITALITE DES YVELINES
QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Cachet

Dossier n° :

(Ce questionnaire est couvert par le secret médical)

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Tél. fixe :

Tél. mobile :

Photo de personne
malade

Signature du médecin

PERSONNE MALADE

NOM : **PRENOM :** **NÉ(E) LE :**/...../.....

☐ **Sous curatelle :** ☐ **Sous tutelle :**

PATHOLOGIES ACTUELLES

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIES : * ☐ Médicamenteuse : ☐ Alimentaires : ☐ Autres :

ADDICTIONS : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Autre

ÉTAT GÉNÉRAL : ☐ Satisfaisant ☐ Plus ou moins altéré ☐ Précaire

ETAT COGNITIF : ☐ Satisfaisant ☐ Plus ou moins altéré ☐ Précaire

THYMIE : ☐ Satisfaisante ☐ Plus ou moins altérée ☐ Précaire

AUTONOMIE : ☐ Satisfaisante ☐ Plus ou moins altérée ☐ Précaire

DÉFICIT MOTEUR – DIFFICULTÉ A LA MOBILISATION – RISQUE DE CHUTES

DOULEURS :

ALIMENTATION :

☐ Troubles de la MASTICATION ☐ Troubles de la DEGLUTITION ☐ Risque de FAUSSES ROUTES

REGIME : ☐ Aucun ☐ Sans sel strict

TEXTURE : ☐ Normale ☐ viande hachée ☐ Mixé lisse ☐ eau gazeuse ☐ eau gélifiée

PERSONNE MALADE

NOM : PRENOM : NÉ(E) LE :/...../.....

Photocopie de la ou des ordonnances en cours (de moins de 3 mois)La personne malade gère seule ses médicaments : ☐ Oui ☐ Non

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 ☐ Cutanée :Oxygénothérapie : débit : litre/mn ☐ diurne ☐ nocturne ☐ permanente

Ventilation nocturne par PPC :

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DU MEDECIN TRAITANT