

DOSSIER DE CANDIDATURE



PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

A.S.B.L “RÉSIDENTE LE CHÂTEAU ARC- EN-CIEL”

(DOSSIER CONFIDENTIEL)



« LA VIE EST COMME UN ARC-EN-CIEL :
IL FAUT DE LA PLUIE ET DU SOLEIL POUR EN
VOIR LES COULEURS... »

A. RAMAYA





PARTIE 2

Ce questionnaire doit être rempli par le médecin-référent de la personne.

Celui-ci doit nous être envoyé sous enveloppe séparée portant la mention « confidentiel-médical », ou dans un e-mail séparé avec cette même mention.

1. Renseignements médicaux

1.1. Renseignements administratifs

NOM : PRÉNOM(S) :

Sexe : Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Adresse complète :

.....
.....
.....

Numéro de registre national / numéro de sécurité sociale :

.....

Coordonnées du médecin psychiatre actuel (ou du médecin généraliste si pas de médecin psychiatre) :

NOM : PRÉNOM(S) :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse e-mail :

Adresse complète :

.....
.....
.....

1.2. Fiche médicale

Nature de la pathologie ou du handicap (description) :

.....
.....
.....

Déficience intellectuelle :

Quelle est la compréhension la personne a-t-elle de sa pathologie, de sa situation de handicap :

.....
.....

Antécédents médicaux/ chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

Antécédents familiaux :

Cas de diabète :

Hypertension artérielle :

Cancer:

Infarctus :

A.V.C. :

Hémophilie :

Myopathie :

Insuffisance rénale :

Epilepsie :

Hypercholestérolémie :

Asthme :

Autres :

.....
.....

Dépendances :

Tabac : Oui Non Si oui, nombre de cigarette/jour :

Alcool : Oui Non

Autres dépendances :

Contraception :

Moyen contraceptif : Oui Non Si oui, précisez :

Incontinence :

Urinaire : Oui Non DIURNE/NOCTURNE

Fécale : Oui Non DIURNE/NOCTURNE

Remarques (protections, fréquences) :

Allergies-sensibilité :

Pénicilline

Piqûres d'insectes :

Soleil

Alimentaire :

Iode et produits de contraste :

Animaux :

Autres :

Vaccination (joindre une copie du carnet de vaccination si possible):

Diphtérie-tétanos-coqueluche : dates.....

Polio : date.....

Rougeole-Rubéole-Oreillons : dates.....

Hépatite B : date.....

Grippe : date.....

BCG : date.....

Autres :

État général de la personne :

Taille : Poids : Groupe sanguin :

Régime particulier :

Habitudes alimentaires particulières :

Résidence le Château Arc-en-Ciel

15 Rue du Dr du Dr Coffé, 7110 Strepy-Bracquegnies (Belgique)

064/22.29.35

Soins extérieurs :Kinésithérapeute : Oui Non → Nom :Ergothérapeute: Oui Non → Nom :Psychologue : Oui Non → Nom :Psychiatre : Oui Non → Nom :Pédicure : Oui Non → Nom :Orthophoniste : Oui Non → Nom :

Autres :

Ostéo-musculaire Aucune particularité Membres supérieurs : Membres inférieurs : Colonne vertébrale :

Précisions si besoin :

Neurologique / sens Aucune particularité Système nerveux :Épilepsie : Oui Non → Stabilisé

Si oui, quel type de crise :

 Absences Avec convulsions Sans convulsions De jour / De nuit

Fréquence des crises :

Facteur des crises :

Précisions si besoin :

Cardio-vasculaire Aucune particularitéPacemaker : Oui Non Tension artérielle anormale Rythme irrégulier Troubles circulatoires

Précisions :

Résidence le Château Arc-en-Ciel

15 Rue du Dr du Dr Coffé, 7110 Strepy-Bracquegnies (Belgique)

064/22.29.35

Respiratoire :

- Aucune particularité
- Infections ORL : oui non → fréquence/type :
- Bronchites : oui non → fréquence/type :
- Pneumopathie / bronchite chronique : oui non
- Asthme : oui non → fréquence :

Digestif

- Aucune particularité
- Reflux
- Hernie hiatale
- Nausées / vomissements
- Diarrhée
- Constipation
- Précisions (fréquence, ...) :

Troubles alimentaires :

- Aucun
- Tendances boulimiques
- Tendances anorexiques
- Sujet aux fausses routes
- Potomanie
- Ingestion d'objets
- Autres :

Endocrinien

- Aucune particularité
- Diabète (précisez) :
- Trouble thyroïdien
- Autre :

État dentaire : Port d'un appareil dentaire : Oui Non

La vue : Problème de vue : Oui Non → Port de lunettes : Oui Non

Audition : Entend normalement : Oui Non, Si non (précisez) :

→ Appareillage : Oui Non

Résidence le Château Arc-en-Ciel

15 Rue du Dr du Dr Coffé, 7110 Strepv-Bracquegnies (Belgique)

064/22.29.35

Actuellement, comment qualifieriez-vous l'état de santé de la personne :

.....

.....

.....

.....

Traitement en cours :

(De préférence : pour plus de facilité, la feuille de traitement peut être joint en annexe).

Désignation	Matin	Midi	16H	Soir	Coucher

Traitement stable depuis plus d'un an ? Oui Non

Remarques :

Traitement « si nécessaire » / « si besoin »:

.....

.....

.....

Remarques :

.....

.....

.....

Personne ayant rempli ce document :

Je soussigné(e),, Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de Mme, Mr ne présente pas, à ma connaissance, de contre-indications à la vie en collectivité.

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements fournis dans ce questionnaire.

Numéro de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

Fait à, le

Cachet et signature :