

Association HANDIVILLAGE 33
Présidente : Mme Odette TRUPIN
1, allée du Lac
33360 CAMBLANES-et-MEYNAC
05.56.92.91.74 fax 05.56.92.12.12
contact@handivillage33.org

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL

NOM :

PRENOM :

DIAGNOSTIC

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

HISTOIRE DES DEFICIENCES

.....
.....

TROUBLES DU COMPORTEMENT

.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

.....
.....

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

DATES	NATURE

HOSPITALISATIONS ET/OU SEJOURS EN CENTRE DE REEDUCATION

DATES	MOTIFS	Nom et Adresse de l'hôpital ou du centre

TRAITEMENTS MEDICAUX CONTINUS

MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

TRAITEMENTS MEDICAUX OCCASIONNELS

MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Le candidat a-t-il été pris en charge dans d'autres établissements spécialisés du secteur sanitaire ou médico social ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

NOM	COORDONNEES

NOM et ADRESSE du médecin traitant ACTUEL :

.....

Téléphone :

NOM et ADRESSE des médecins spécialistes ayant suivi le candidat

Neurologue :

Chirurgie orthopédiste :

.....

Urologue :

Psychiatre :

Gastro entérologue :

.....

Autres :

.....

DEFORMATIONS ORTHOPEDIQUES

OUI

NON

Lesquelles :

ELIMINATION :

Incontinence urinaire :	OUI	NON
Incontinence fécale :	OUI	NON
Port de protections :	OUI	NON
Sonde à demeure :	OUI	NON
Collecteur d'urines	OUI	NON
Infections urinaires	OUI	NON

FONCTIONS DIGESTIVES :

Constipation :	OUI	NON
Règles hygiéno-diététiques	OUI	NON
Traitement laxatif	OUI	NON
Lavement	OUI	NON

FONCTIONS RESPIRATOIRES :

Encombrement :	OUI	NON
Assistance respiratoire :	OUI	NON
Trachéotomie :	OUI	NON
Asthme :	OUI	NON
Allergies :	OUI	NON

Antécédents broncho pulmonaires :

FONCTIONS GENITALES FEMININES :

Règles	OUI	NON
Mensuelles	OUI	NON
Douleurs menstruelles	OUI	NON

QUESTIONNAIRE MEDICAL
Foyer d'Accueil Médicalisé Handivillage33
1, allée du Lac 33360 Camblanes-et-Meynac
05.56.92.91.74 FAX 05.56.92.12.12
contact@handivillage33.org

