



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

### Personne aidée pour le village de Fondettes (Touraine)

**Merci de remplir un questionnaire par personne aidée.**

**A imprimer et faire remplir par le médecin et à retourner par courrier postal exclusivement à l'attention du Médecin Coordinateur avec la mention **CONFIDENTIEL** sous enveloppe affranchie séparée à**

**VRF TOURAINE**  
15 Avenue des Droits de  
l'Homme 37230 FONDETTES

Votre référence \* (celle figurant sur la première page du document reçu) : \_\_\_\_\_

#### // LA PERSONNE AIDÉE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe (F/M) \_

Né(e) le : ■ / ■ / ■

Taille (en cm) : .....

Poids : .....

GIR (personne âgée, si connu) :  6  5  4  3  2  1

Dernière évaluation le ■ / ■ / ■

Taux de handicap (si défini par la CDAPH (en %)) .....

Dernière évaluation le ■ / ■ / ■

Taux d'invalidité (en %) .....

Dernière évaluation le ■ / ■ / ■

**Fonctions sensorielles** Cécité :  Moyens de compensation utilisés : .....

Surdité :  Moyens de compensation utilisés : .....

**Nutrition** Troubles de la déglutition et risque de fausse route  OUI  NON

Alimentation parentérale type \_\_\_\_\_

Compléments alimentaires :  OUI  NON

Régime type \_\_\_\_\_

Préparation des aliments :  Mixés/moulinsés  Fractionnés  Reconstitués  Eau gélifiée

Autre Précisez \_\_\_\_\_

**Incontinence**      Urinaire     Occasionnelle     Permanente  
                                  Fécale       Occasionnelle     Permanente

**Respiration**            Oxygénothérapie Litres/mn \_\_\_\_\_     Masque             Lunettes  
 Autre : \_\_\_\_\_

	OUI	NON
Trachéotomie sans ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéotomie avec ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation non invasive (VNI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie respiratoire à prévoir durant le séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Rééducation**             Kinésithérapie     Orthophonie    Autre : \_\_\_\_\_

**Données sur l'autonomie\***

**Symptômes psycho-comportementaux**

	A	B	C		OUI	NON
Transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idées délirantes (score+alerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitation, agressivité (cris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désinhibition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement moteur aberrant (dont déambulation pathologique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication pour alerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risques de chute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilan cognitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MMS _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horloge _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cinq mots _____		

\* **A** - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement  
**B** - fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement  
**C** - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

**Soins techniques**

	OUI	NON
Sondes à oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canule trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cystostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urétérostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage ventilatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambres implantables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse péritonéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pansements ou soins cutanés**

	OUI	NON
Soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

localisation :

stade :

durée du soin :

type de pansement :

**Pensez à joindre l'ordonnance des consommables pour le séjour**

**Appareillages**

	OUI	NON
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lève personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôle de l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____		

**Vaccinations**

- ROR
- BCG
- DT Polio
- Hépatite
- Grippe
- Si la personne n'est pas vaccinée, pourquoi ? \_\_\_\_\_

**date**

	/		/						
	/		/						
	/		/						
	/		/						

### Antécédents médicaux

### Antécédents chirurgicaux

La personne gère seule son traitement

OUI

NON

Allergies (dont médicamenteuses) précisez \_\_\_\_\_

Portage de bactéries multi résistantes précisez (localisation, etc.) \_\_\_\_\_

**Pathologies actuelles** dominante \_\_\_\_\_  
autre \_\_\_\_\_

### Traitements en cours

### **Joindre la dernière ordonnance avec actualisation**

(nom des médicaments, posologie, voie d'administration - Pour les patients atteints de maladies neuromusculaires, joindre le compte rendu de la dernière consultation pluridisciplinaire)

**Conduites à risques**  Alcool  Tabac  Sevrage  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

### Commentaires et recommandations éventuelles

