

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR L'ADMISSION

A remplir par le médecin traitant

Cocher les cases si la réponse est oui et préciser éventuellement

IDENTITE DU PATIENT

NOM.....Prénom.....Sexe

Date de naissance...../...../.....Profession

Domicile du patient.....

Domicile de la famille ou du répondant.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

consanguinité maladies héréditaires malformations

Affections neuro-psychiatriques

convulsions infantiles épilepsie autres

préciser

ANTECEDENTS PERSONNELS

Naissance - A-t-elle eu lieu à terme ?.....Poids de naissance :

souffrance néo-natale - préciser

Développement psycho-moteur

- Age des premiers pas.....des premiers mots.....de la propreté

préciser

Scolarité

- De quel âge à quel âge ?

- Sa scolarité a-t-elle été régulière ?

- Niveau scolaire atteint

- Scolarité aménagée et établissements spécialisés (joindre compte-rendu si possible).....

.....

Travail

- Le patient a-t-il appris un métier ?
- A-t-il travaillé régulièrement ?
- Comme quoi ?
- Occupation préférée ?
- Métier ou orientation envisagé ?

Antécédents pathologiques

Maladies

.....

.....

Accidents

.....

.....

Antécédents chirurgicaux généraux

.....

.....

Convulsions infantiles (préciser)

.....

Affections du Système Nerveux Central (infection, traumatisme, tumeur, autres)
préciser

.....

.....

Interventions neuro-chirurgicales.....

.....

Notion d'allergie ?.....

.....

Intolérances médicamenteuses.....

.....

HISTORIQUE DE L'EPILEPSIE

Age de la première crise

Type de la première crise.....

Fréquence des crises au début de la maladie.....

Evolution générale depuis le début

.....

.....

ETAT ACTUEL**Types de crises**

1Fréquence

2Fréquence

3Fréquence

Autres ?

(Fréquence des crises : <1/an ≥1/an ≥1/mois ≥1/semaine ≥1/jour)

 crises en séries antécédents d'état de malhoraire des crises diurnes nocturnes

facteurs déclenchants éventuels

Complications fréquentes des crises

 chute blessure perte d'urine autresExistence de pseudo-crisis autres malaises non épileptiques

préciser

Type d'épilepsie**Etiologie éventuelle****Examens complémentaires (E.E.G. Scanner, I.R.M...) déjà effectués**
(dates et résultats - joindre une copie des résultats si possible).....
.....
.....
.....
.....**Traitements médicamenteux essayés jusqu'à ce jour**.....
.....
.....

- Quel a été le plus efficace ?

Traitement actuel.....
.....**Traitement chirurgical ?** (préciser le type, la date, le lieu et le résultat).....
.....

Etat des vaccinations (dernier rappel D.T.P, B.C.G., Cuti réaction)

.....

Examen clinique intercritique actuel

Examen neurologique intercritique (déficit ?)

.....

Examen somatique général

.....

Poids kg

Taillecm

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

OUI NON

préciser

.....
 - Structure de la personnalité

névrotique psychotique limite autre, préciser.....

- Présente-t-il des troubles du caractère ou du comportement ?.....

susceptibilité colère émotivité apathie tendances perverses fugues

préciser

- Hospitalisation en milieu psychiatrique OUI NON Fréquence.....

depuis quand date de la dernière hospitalisation

d'une durée de > 1 mois < 1 mois

- Troubles de l'effcience intellectuelle

lenteur déficit de l'attention déficit de la mémoire troubles de l'orientation troubles du langage

préciser

- Quotient intellectuel

(joindre si possible un protocole de tests récent)

AUTONOMIE SOCIALE

marche normale peut monter les escaliers

marche avec aide (préciser)

en fauteuil roulant ne se déplace pas

incontinence urinaire incontinence anale

	autonome	aide partielle	aide complète
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hospitalisations antérieures

(services, dates)

.....

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION

observation courte prise en charge en vue d'orientation

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

Coordonnées du médecin traitant (adresse et téléphone)

- généraliste.....

.....

- spécialiste (préciser).....

.....

Nom et qualité du médecin ayant rempli ce dossier

.....

.....

Date **Signature**

FICHE SOCIALE

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM : _____ Prénom : _____
 Date et lieu de naissance : le _____ à _____
 Nationalité : _____
 Situation civile : _____
 Adresse : _____

Téléphone : _____ courriel : _____

SA FAMILLE :

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION
PERE :				
MERE :				
CONJOINT :				
Mariage le : _____ Divorce le : _____ Séparation le : _____ Remariage le : _____				
FRATRIE :				

Adresse des parents :

Téléphone des parents :

courriel :

Adresse du conjoint :

Téléphone du conjoint :

courriel :

SA SCOLARITE :

- Age de fin de scolarité :
- Niveau atteint :
- Diplôme obtenus :

SES PLACEMENTS INSTITUTIONNELS :

Adresses des Centres	Dates des placements

SON PASSE PROFESSIONNEL (préciser la nature de l'emploi, nom et adresse de l'employeur, dates) :

SA SITUATION ADMINISTRATIVE :

- Organisme de prise en charge (nom et adresse précis) :

- Assuré :
- N° d'immatriculation :
- Exonération du ticket modérateur avec fin de droits :
- Mutuelle complémentaire (nom et adresse précis, N° d'adhérent, N° de téléphone) :

JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'ASSURE SOCIAL

- **Ressources** (préciser la nature : A.E.E.H., A.A.H., I.J., Pension d'Invalidité, R.M.I., ...) :
 - Le N° d'allocataire ou de pension :
 - l'organisme payeur (adresse précise) :

- la date d'échéance :

- **Mesure de protection aux Incapables Majeurs** (préciser Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de Justice..., ainsi que les coordonnées de la personne qui exerce cette mesure) :

SERVICES SOCIAUX

Préciser éventuellement le nom et l'adresse de l'Assistante Sociale que vous connaissez :