



**Nom et prénom du patient** (à réinscrire) : .....

**Renseignements médicaux :**

- Motif(s) d'hospitalisation :

- Antécédents :

- Traitement :

**Projet de vie (devenir) :**

Retour à domicile :       Oui                                       Non

Placement :                       Oui                                       Non

**POUR TOUTE DEMANDE VENANT DU DOMICILE,  
JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL SUR ORDONNANCIER.**

**Nom et prénom du patient (à réinscrire) :** .....

**Autonomie du patient :**

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Peut-il :

	<b>Seul</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Aide totale</b>
<b>Faire sa toilette</b>			
<b>S'habiller</b>			
<b>Manger</b>			
<b>Se déplacer</b>			
<b>Monter et descendre les escaliers</b>			

A cocher et compléter selon les cas :

	<b>OUI</b>		<b>NON</b>
<b>Incontinence urinaire</b>	Jour	Nuit	
<b>Incontinence anale</b>	Jour	Nuit	
<b>Oxygénothérapie</b>	L/min :		
<b>Escarres</b>	Localisation :		
	Stade :		
<b>Troubles du comportement</b>	Précisez :		

**Nom et prénom du patient (à réinscrire) :** .....

	Oui	Non
<b>Agitation</b>		
<b>Déambulation</b>		
<b>Fugue</b>		
<b>Agressivité</b>		
<b>Fauteuil roulant</b>		
<b>SNG (Sonde Naso Gastrique)</b>		
<b>Perfusion</b>		

Régime alimentaire :

- Normal
- Autres : .....

**POUR TOUTE DEMANDE VENANT DU DOMICILE,  
JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL SUR ORDONNANCIER.**