



ETAT CIVIL

MONSIEUR MADAME MADEMOISELLE

NOM : PRENOM :

Nom de Jeune Fille :

DATE DE NAISSANCE : Lieu :

Département :

Nom du conjoint :

ADRESSE :

Téléphone :

Situation familiale Célibataire Divorcé(e) Veuf / Veuve Marié(e) Séparé(e) Enfants

Personne à prévenir : Téléphone :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

A.T. (date : )

COUVERTURE SOCIALE

CAISSE : Adresse : N° d'Immatriculation :

MUTUELLE : Adresse : N° d'adhérent :

Date d'admission souhaitée : / /

Option chambre individuelle : OUI NON

Accompagnant : OUI NON

Conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurait dans un fichier informatique. Ce droit d'accès pourra être exercé auprès du CFR PASORI. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier.



**Concernant : .....**

Etablissement ou médecin demandeur :

..... Téléphone : .....

**Pathologie justifiant la rééducation :**

.....

Date d'intervention :

Prévisions pour le devenir :

- Retour au domicile
- Aide-ménagère

- Hébergement par la famille
- Départ en Institution. Laquelle ?

.....  
.....

**Etat locomoteur**

- Hémiplégie
- Paraplégie
- Tétraplégie
- Traumatologie
- Amputation

Localisation : .....

- Aides :
- Cannes
  - Déambulateur
  - Fauteuil roulant
  - Autre : .....

- Appui :
- Total à gauche et à droite
  - Partiel(% :.....)
    - Gauche
    - Droite
  - Pas d'appui
    - Gauche
    - Droite

- Transfusion :
- NON
  - OUI

Date : .....

- Infections :
- BMR
  - Autres

**ANTECEDENTS**

Médicaux :

Chirurgicaux et obstétricaux :

Maladies en cours :

Allergies et intolérances :



**Concernant :** .....

**Etat cutané**

- Plaie opératoire : .....
- Escares : Localisation :  
.....
- Pansements : Protocole :.....  
Fréquence :.....

**Etat psychologique**

- Etat dépressif
- Troubles du comportement : **lesquels ?**  
.....
- Tutelle ou curatelle

**Divers**

- Régime alimentaire
- Normal
  - Hypocalorique
  - Diabétique
  - Sans sel
  - Sans résidus
  - Autres :  
.....
- Mode alimentaire
- Normal
  - Mixé
  - Haché
  - Sonde

**TRAITEMENT EN COURS**

- P.O. :
- 1.....
  - 2.....
  - 3.....
  - 4.....
  - 5.....
  - 6.....
  - 7.....
  - 8.....
  - 9.....
- Injectable :
- 1.....
  - 2.....
  - 3.....
- Autres :
- 1.....
  - 2.....

- Prothèses :
- Dentaire
  - Auditive
  - Autres :  
.....

- Incontinence :
- Urinaire
  - Fécale
  - Stomies
  - Sondes

**Poids:**..... **Taille :** .....

**AUTRES OBSERVATIONS**