

Cachet

Signature du médecin

### HOSPITALITÉ YVELINES QUESTIONNAIRE MÉDICAL

*(Ce questionnaire est couvert par le secret médical)*

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Tél. fixe : .....

Tél. mobile : .....

Dossier n° :

Votre photo

**PERSONNE MALADE :**

NOM ..... PRENOM ..... NÉ(E) LE ...../...../.....

Sous curatelle :  Sous tutelle :

**PATHOLOGIES ACTUELLES ET ANTÉCÉDENTS NOTABLES :**

**DOULEURS :** siège, type

**DÉFICIT MOTEUR - DIFFICULTÉ A LA MOBILISATION OU RISQUE DE CHUTES**

**PATHOLOGIES HAUTEMENT CONTAGIEUSES, GERME MULTI-RÉSISTANT :**

**ALLERGIES :** notamment médicamenteuses :

**ÉTAT GÉNÉRAL :**  Satisfaisant  Plus ou moins altéré  Précaire

**ADDICTIONS :**

**RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DU MEDECIN TRAITANT**

**PRECAUTIONS ALIMENTAIRES :**

Troubles de la MASTICATION

Troubles de la DEGLUTITION

**RÉGIME et TEXTURE :**

aucun régime.

régime **sans sel strict**

**viande obligatoirement hachée.**

repas mixés (texture lisse).

eau gélifiée obligatoire

eau gazeuse obligatoire.

Régimes particuliers  
Préciser si risque majeur de fausse route

**Photocopie de l'ordonnance** ↓

Dossier n° :

NOM..... PRENOM.....

- préparer les médicaments       faire prendre les médicaments

MÉDICAMENTS PER OS ( <i>Écrire les noms en majuscules : princeps et DCI</i> )	8 h	12 h	18 h	Coucher
MÉDICAMENTS INJECTABLES : IM, SC, IV (Noms en majuscules)				
DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (patchs, gels)				
COLLYRES				
AEROSOLS – INHALATEURS				
VOIE RECTALE				

**Surveillance particulière :**     Glycémie capillaire       Pression artérielle

- Oxygénothérapie** : débit :      litre/mn      : diurne      nocturne      permanent
- Kiné indispensable** : prescription médicale à joindre
- Soins locaux** : pansements, sondes, stomies, ... (si oui, apporter les fournitures correspondantes)

*Préciser si protocole, autres surveillances particulières, (Fréquence des soins et produits utilisés) :*

.....

.....