twisto access

Questionnaire à renvoyer au médecin

Caenlamer Normandie Communauté urbaine

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL
A remplir par le demandeur et son médecin traitant

Nom et prénom du demandeur : .....

Date de naissance : ..... /...../.....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom de la personne qui remplit ce questionnaire si ce n'est pas le futur utilisateur du service :

.....Téléphone : .....

Lien avec le demandeur : ☐ Époux(se) ☐ Enfant ☐ Tuteur Autres : .....

PATHOLOGIE

Pathologies locomotrices :

☐ Séquelles de fracture ou de traumatisme
☐ Maladie rhumatismale invalidante
☐ Arthrose invalidante
☐ Amputation
☐ Troubles de la marche
☐ Chutes

Commentaires : .....

.....

Pathologies cardio-vasculaires :

☐ Infarctus
☐ Angine de poitrine
☐ Hypertension artérielle
☐ Artérite des membres inférieurs
☐ Troubles du rythme cardiaque
☐ Insuffisance cardiaque

Commentaires : .....

.....

Pathologies neurologiques :

☐ Malaises
☐ Parkinson
☐ Troubles de l'équilibre
☐ Paralysie
☐ Epilepsie
☐ Alzheimer
☐ Paraplégie
☐ Hémiplégie

Autres ou commentaires : .....

.....

Pathologies respiratoires :

☐ Insuffisance respiratoire

Autres ou commentaires : .....

.....

Confidentiel

Pathologies sensorielles :

☐ Troubles de la vue : a) Mal voyant ou b) Non voyant *(rayer la mention inutile)*

☐ Troubles de l'ouïe : a) Appareillé ou b) Non appareillé *(rayer la mention inutile)*

Commentaires : .....

.....

Autres pathologies médicales : .....

.....

Le demandeur est-il sous traitement lié à sa pathologie : ☐ Oui ☐ Non

Détail du traitement médicamenteux : .....

.....

Existe-t-il une aggravation récente de votre état de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

.....

Depuis quelle date : ...../..... /.....

Le demandeur a-t-il besoin d'un accompagnateur pour se déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

HABITUDES ET MODES DE VIE

Utilisez-vous pour vos déplacements :

☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Fauteuil roulant électrique
☐ Déambulateur
☐ Canne blanche
☐ Canne simple

☐ Béquilles
☐ Chien guide
☐ Système électronique
Précisez : .....
.....

☐ Implant
Précisez : .....
.....

Dans la vie courante, demeurez-vous en :

☐ Maison ☐ Avec étage ☐ De plain-pied

☐ Appartement ☐ Rez-de-chaussée ☐ Etage avec ascenseur ☐ Etage sans ascenseur

Préférer vous vous déplacer : ☐ en autonomie ☐ accompagné

Accompagné(e), pouvez-vous utiliser les transports en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires : .....

.....

Date : ...../..... /.....

Signature et cachet du médecin traitant :

Confidentiel