

Institut Médico Éducatif – Services de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
Foyer d'Accueil Médicalisé – Centre d'Aide par le Travail – Foyer d'Hébergement – Foyer Appartements
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – Accueil de Jour – Atelier d'Insertion

INFORMATIONS MEDICALES

(A remplir par le médecin et à adresser sous pli confidentiel)

NOM :

Prénoms :

ANTÉCÉDENTS

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

❖ Périnataux :

❖ Développement :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

❖ Père : Handicap Lequel :

❖ Mère : Handicap Lequel :

❖ Fratrie : Handicap Lequel :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DIAGNOSTIC

❖
.....
.....
.....
.....
.....

HANDICAPS

ORIGINE ET NATURE DU HANDICAP PRINCIPAL

Etiologie :

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

NATURE DU OU DES HANDICAPS ASSOCIÉS

Etiologie(s) :

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

SUIVI ANTERIEUR (Joindre bilans ou comptes rendus des différents examens effectués)

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

DEFICIENCES

APPAREIL CARDIAQUE

.....
.....

APPAREIL PULMONAIRE

.....
.....

APPAREIL LOCOMOTEUR

Localisation :

côté :

- ❖ Degré d'incapacité fonctionnelle :
- ❖ Etiologie :
- ❖ Appareillage éventuel :

APPAREIL DIGESTIF

.....
.....

APPAREIL NEUROLOGIQUE

❖ **SYSTÈME NERVEUX**

Etiologie :

Nature des troubles :

Paralyisie MSD MSG MID MIG

Hémicorps D Hémicorps G

Importance de l'amyotrophie :

Etat des réflexes :

❖ **EPILEPSIE**

Crises généralisées

Absences

Depuis :

Fréquences :

Port du casque :

Equilibrée : oui non

❖ **AFFECTION PSYCHIATRIQUE**

Névrose Psychose Etat déficitaire

Autre : Laquelle? :

Troubles du comportement. Lesquels ?

Toxicomanie : Drogue Alcool Tabac

APPAREIL

ENDOCRINIEN

METABOLIQUE

ENZYMATIQUE

.....
.....

AUDITIVE

Surdité de transmission de perception

Etiologie :

Audiométrie avant appareillage OD OG

Appareillé :

Langage gestuel : autre :

VISUELLE

Affection oculaire Laquelle :

Acuité visuelle après correction exprimée en dixième :

OD : OG :

Troubles associés :

DEFICIENCE PSYCHIQUE

.....
.....

DEFICIENCE INTELLECTUELLE

.....
.....

TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

GROUPE SANGUIN

.....
.....

VACCINATIONS

Diphtérie Tétanos Typhoïde BCG Variole

.....
.....

MALADIES INFECTIEUSES

.....
.....

ALLERGIES

.....
.....

AUTONOMIE

❖ Motrice Totale Partielle

(Enumérer ce que le sujet ne peut pas faire) :

❖ Décisionnelle totale partielle

SUIVI MEDICAL ACTUEL ET TRAITEMENT ACTUEL

SUIVI DENTAIRE

SUIVI GYNECOLOGIQUE

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

COORDONNEES MEDECIN REFERENT

.....
.....

CORRESPONDANTS MEDICAUX

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

PLACEMENTS ET PRISES EN CHARGES

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

MILIEU DE VIE FAMILIAL

Condition de vie / logement/ rapports avec sa famille/ évènements marquants

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

FICHE REMPLIE PAR

Nom : Prénoms :
Qualité : Fonction :
Adresse :
.....
Téléphone :

Fait à, le

Cachet et Signature