



EHPAD de la Mutuelle des Réalisations Sanitaires & Sociales du personnel du groupe RATP (M2SR)



Questionnaire médical

A faire remplir par le médecin traitant
à retourner au médecin coordonnateur sous pli
confidentiel à l'adresse ci-contre

EHPAD La-Queue-Lez-Yvelines
8, route Nationale
78940 LA-QUEUE-LEZ-YVELINES

Résident(e)

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : Le ___/___/_____ à

Poids : Taille :

CARDIO - VASCULAIRE

• ANTECEDENTS :

Hospitalisation pour affection cardiovasculaire Oui Non
Date : ___/___/_____ Motif

• ETAT ACTUEL : TA : Pouls :
Pathologies :

• TRAITEMENT A VISEE CARDIO VASCULAIRE :

PULMONAIRE

• ANTECEDENTS :

Hospitalisation pour affection pulmonaire Oui Non
Date : ___/___/_____ Motif

Siège :

Mutuelle
Des
Réalisations
Sanitaires
&
Sociales du
personnel du
groupe RATP
(M2SR)

62, Quai de la
Râpée
75 582 Paris
cedex 12

Tel.
01.58.78.19.00

- ETAT ACTUEL : Dyspnée Oui Non
Pathologies.....
.....
- TRAITEMENT A VISEE PULMONAIRE

DIGESTIF

- ANTECEDENTS :
- ETAT ACTUEL : Troubles du transit Constipation Diarrhée
Pathologies :
- TRAITEMENT A VISEE DIGESTIVE :

NEURO PSYCHIATRIE

- ANTECEDENTS :
- Hospitalisation dans un établissement de psychiatrie Oui Non
Date : __ / __ / ____ Motif :
- ETAT ACTUEL :

	<u>AVC</u>	Nombre :	Date(s) :
❖	Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
❖	Mémoire	Fait récent	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise
		Fait ancien	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise
❖	Désorientation temporo-spaciale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
❖	Intellect	Raisonnement	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Médiocre
		Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Idées dépressives	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
❖	Comportement	Calme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Agitation diurne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Agitation nocturne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LOCOMOTEUR

- ANTECEDENTS :
- ETAT ACTUEL : Pathologies :
- TRAITEMENT ACTUEL :

URO -GYNECOLOGIE

- ANTECEDENTS :

- ETAT ACTUEL: Pathologies :.....
.....
- TRAITEMENT ACTUEL:.....
.....

TROUBLES METABOLIQUES

- Diabète insulino-dépendant : Oui Non
- Autres perturbations :
- Régime alimentaire : Oui Non Lequel :.....
.....
- TRAITEMENT ACTUEL:.....

ALLERGIES

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

VALIDITE

- VUE:
 Bonne Moyenne Faible Cécité
- AUDITION :
 Bonne Moyenne Faible surdité totale
Port d'une prothèse auditive Oui Non
- DENTITION :
 Bonne Moyenne Nulle
Port d'une prothèse dentaire Oui Non
- INCONTINENCE :
Urinaire : Intermittente Permanente Diurne Nocturne
Anale : Intermittente Permanente Diurne Nocturne
- MODE DE VIE :
Tabagisme : nombre de cigarette par jour :.....
Alcool: quantité par jour :
- La personne nécessite-t-elle des soins particuliers : Oui Non
Lesquels :.....
.....

CONCLUSION DU MEDECIN

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

Date :

Signature

AUTONOMIE GRILLE AGGIR

(Cocher les cases correspondantes)

- COHERENCE	A	B	C
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Converser et / ou se comporter de façon sensée.

- ORIENTATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.

VIE QUOTIDIENNE :

LEGENDE " voir page 4 "

A = fait seule totalement, habituellement correctement.

B = fait partiellement

C = ne fait pas

(Cocher les cases correspondantes)

	A	B	C
TOILETTE DU HAUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE DU BAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE DU HAUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE MOYEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE DU BAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SERVIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINATION ANALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT INTERIEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT EXTERIEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION POUR ALERTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GIR à L'ENTRÉE : Gir. 1 , Gir. 2 , Gir. 3 , Gir. 4 , Gir. 5 , Gir. 6 .

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

DATE :

Dr :

Cachet & Signature