

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

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Nom de la personne qui remplit ce questionnaire si ce n'est pas le demandeur : _____

Lien avec le demandeur : Epoux(se) Tuteur/Curateur
 Enfant Autres (à préciser) :

DANS LA VIE COURANTE :

Pour répondre aux questions suivantes, cochez la réponse qui correspond le mieux à vos capacités (une seule réponse par item) :

Pour la prise de vos médicaments :

- Vous vous occupez vous-même de la prise : dosage et horaires,
- Vous pouvez les prendre vous-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance,
- Vous n'avez pas la capacité de les prendre vous-même.

Pour l'utilisation du téléphone :

- Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez, etc...,
- Vous composez un petit nombre de numéros bien connus,
- Vous répondez au téléphone mais n'appelez pas,
- Vous êtes incapable d'utiliser le téléphone.

Pour gérer votre budget :

- Vous êtes autonome (faire des chèques, payer les factures),
- Vous vous débrouillez pour les dépenses au jour le jour, mais vous avez besoin d'aide pour planifier les grosses dépenses,
- Vous ne pouvez pas gérer vos dépenses au jour le jour.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Problèmes locomoteurs :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Séquelles de fracture ou de traumatisme | <input type="checkbox"/> Lombo-sciatique |
| <input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale | <input type="checkbox"/> Troubles de la marche |
| <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante | <input type="checkbox"/> Chutes |
| <input type="checkbox"/> Amputation | |

Problèmes cardiovasculaires :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs |
| <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Problèmes neurologiques :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Malaises | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Paralyse : <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Hémiplégie | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Problèmes respiratoires :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Problèmes sensoriels :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue | <input type="checkbox"/> Troubles de l'audition |
|---|---|

Autres problèmes médicaux :

Traitement suivi actuellement :

Cachet et signature du médecin traitant