



Foyer d'Accueil Médicalisé

**Résidence Algira**

2 rue Algira

36190 ORSENNES

Tél : 02.54.01.61.01

E-mail : fam@algira.org

Site Web : [www.fam-algira.com](http://www.fam-algira.com)

## FAM Résidence Algira

Centre de réinsertion sociale

pour personnes présentant une lésion cérébrale acquise non évolutive

# DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

(à remplir par le Médecin)

Nom : .....

Prénoms : .....

Date et lieu de naissance :  /  /

à ..... Département :

Adresse actuelle du demandeur : .....

.....

CP :  Ville : .....

Date de dépôt du dossier :  /  /



➤ **Parcours de soins**

◆ **Hospitalisation initiale**

Date d'entrée :   /   /          Date de sortie :   /   /

Nom de l'Hôpital : .....

◆ **Autres séjours sanitaires hors MPR**

Date d'entrée :   /   /          Date de sortie :   /   /

Nom de l'Hôpital : .....

◆ **Séjours en rééducation**

Date d'entrée :   /   /          Date de sortie :   /   /

Nom de l'Hôpital : .....

◆ **Séjours en service psychiatrique**

Date d'entrée :   /   /          Date de sortie :   /   /

Nom de l'Hôpital : .....

➤ **Comptes rendus d'examen clinique**

◆ **Troubles neurologiques (descriptif clinique détaillé)**

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

◆ **Autres pathologies**

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

➤ **Existence de :**

◆ **Troubles sphinctériens :**

- Incontinence anale : *permanente*  *ponctuelle*
- Incontinence vésicale : *permanente*  *ponctuelle*
- Aides techniques : sonde vésicale  étuis péniers

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

◆ **Troubles des fonctions supérieures (descriptif) :**

- Orientation temporo-spatiale : .....
- Mémoire : .....
- Compréhension : .....
- Langage : .....
- Elocution : .....
- Aphasie : .....

◆ **Troubles comportementaux :**

- Irritabilité      Oui  Non
- Agressivité      Oui  Non

◆ **Troubles de l'humeur :**

- Dépression      Oui  Non
- Anxiété      Oui  Non

➤ **Traitements en cours (joindre l'ordonnance) :**

➤ **Vaccinations :**

◆ **DTP** Date du dernier rappel :   /   /

➤ **Etat actuel du demandeur :**

◆ Taille : ..... cm

◆ Poids : ..... kg

➤ **Régime :**

◆ Nature : .....

.....

◆ Alimentation Normale  Mixée

.....

➤ **La personne a-t-elle rédigée les directives anticipées ?**

Oui  Non

➤ **La personne a-t-elle désignée une personne de confiance ?**

Oui  Non

➤ **Coordonnées du Médecin ayant instruit le dossier :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Code Postal :**      **Ville** .....

**☎ :**

**E-mail :** .....@.....

**Dossier renseigné le :**   /   /

**Signature et tampon :**