

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR L'ADMISSION

A remplir par le médecin traitant : cocher les cases si la réponse est oui et préciser éventuellement

IDENTITE DU PATIENT

NOM.....Prénom.....Sexe.....

Date de naissance...../...../.....Profession.....

Domicile du patient.....

Domicile de la famille ou du répondant.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

consanguinité maladies héréditaires malformations

Affections neuro-psychiatriques

convulsions infantiles épilepsie autres préciser.....

ANTECEDENTS PERSONNELS

Naissance - A-t-elle eu lieu à terme ?.....Poids de naissance :.....

souffrance néo-natale - préciser

Développement psycho-moteur

- Age des premiers pas.....des premiers mots.....de la propreté

préciser

Scolarité

- De quel âge à quel âge ?.....

- Sa scolarité a-t-elle été régulière ?.....

- Niveau scolaire atteint

- Scolarité aménagée et établissements spécialisés (joindre compte-rendu si possible).....

Travail

- Le patient a-t-il appris un métier ?.....

- A-t-il travaillé régulièrement ?

- Comme quoi ?

- Occupation préférée ?.....

- Métier ou orientation envisagé ?

Antécédents pathologiques

Maladies
.....
.....

Accidents
.....
.....

Antécédents chirurgicaux généraux
.....
.....

Convulsions infantiles (préciser)
.....

Affections du Système Nerveux Central (infection, traumatisme, tumeur, autres)
préciser
.....
.....

Interventions neuro-chirurgicales.....
.....

Notion d'allergie ?.....
.....

Intolérances médicamenteuses
.....

HISTORIQUE DE L'EPILEPSIE

Age de la première crise

Type de la première crise.....

Fréquence des crises au début de la maladie.....

Evolution générale depuis le début.....
.....
.....

ETAT ACTUEL

Types de crises

1 Fréquence

2 Fréquence

3 Fréquence

Autres ?.....

(Fréquence des crises : <1/an ≥1/an ≥1/mois ≥1/semaine ≥1/jour)

crises en séries antécédents d'état de mal

horaire des crises diurnes nocturnes

facteurs déclenchants éventuels

Complications fréquentes des crises

chute blessure perte d'urine

autres.....

Existence de pseudo-crisis autres malaises non épileptiques

préciser

Type d'épilepsie.....

Etiologie éventuelle.....

Examens complémentaires (E.E.G. Scanner, I.R.M...) déjà effectués

(dates et résultats - joindre une copie des résultats si possible)

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

Traitements médicamenteux essayés jusqu'à ce jour

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

- Quel a été le plus efficace ?

Traitement actuel

.....
.....

Traitement chirurgical ? (préciser le type, la date, le lieu et le résultat)

.....
.....

Etat des vaccinations (dernier rappel D.T.P, B.C.G., Cuti réaction)

.....
.....

Examen clinique intercritique actuel

Examen neurologique intercritique (déficit ?)

.....
.....

Examen somatique général

.....
.....

Poids kg

Taille cm

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES OUI NON

préciser

- Structure de la personnalité

 névrotique psychotique limite autre, préciser.....

- Présente-t-il des troubles du caractère ou du comportement ?.....

 susceptibilité colère émotivité apathie tendances perverses fugues

préciser

- Hospitalisation en milieu psychiatrique OUI NON Fréquence.....

depuis quand date de la dernière hospitalisation

d'une durée de > 1 mois < 1 mois

- Troubles de l'efficace intellectuelle

 lenteur déficit de l'attention déficit de la mémoire troubles de l'orientation troubles du langage

préciser

- Quotient intellectuel (joindre si possible un protocole de tests récent)

AUTONOMIE SOCIALE marche normale peut monter les escaliers marche avec aide (préciser) en fauteuil roulant ne se déplace pas incontinence urinaire incontinence anale

	autonome	aide partielle	aide complète
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hospitalisations antérieures

(services, dates)

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION observation courte prise en charge en vue d'orientation

.....

Coordonnées du médecin traitant (adresse et téléphone)

- généraliste.....

- spécialiste (préciser)

Nom et qualité du médecin ayant rempli ce dossier

Date Signature

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX POUR L'ADMISSION

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance : le

à

Nationalité :

Situation civile :

Adresse :

.....

Téléphone :

SA FAMILLE :

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION
PERE :				
MERE :				
CONJOINT :				
Mariage le : Divorce le : Séparation le : Remariage le :				
FRATRIE :				

Adresse des parents :

.....

Téléphone des parents :

Adresse du conjoint :

.....

Téléphone du conjoint :

SA SCOLARITE :

- Age de fin de scolarité :
- Niveau atteint :
- Diplôme obtenus :

SES PLACEMENTS INSTITUTIONNELS :

Adresses des Centres	Dates des placements
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SON PASSE PROFESSIONNEL (préciser la nature de l'emploi, nom et adresse de l'employeur, dates) :

.....

.....

.....

SA SITUATION ADMINISTRATIVE :

- Organisme de prise en charge (nom et adresse précis) :

.....

.....

- Assuré :
- N° d'immatriculation :
- Exonération du ticket modérateur avec fin de droits :
- Mutuelle complémentaire (nom et adresse précis, N° d'adhérent, N° de téléphone) :

.....

.....

JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'ASSURE SOCIAL

- **Ressources** (préciser la nature : A.E.S., A.A.H., I.J., Pension d'Invalidité, R.M.I., ...) :
 - Le N° d'allocataire ou de pension :
 - l'organisme payeur (adresse précise) :

.....

.....

- la date d'échéance :

- **Mesure de protection aux Incapables Majeurs** (préciser Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de Justice..., ainsi que les coordonnées de la personne qui exerce cette mesure) :

SERVICES SOCIAUX

Préciser éventuellement le nom et l'adresse de l'Assistante Sociale que vous connaissez :

.....

.....