

Certificat médical à adresser sous pli confidentiel
Territoire de solidarité - Infirmier Autonomie
en vue d'une demande d'entrée en
ACCUEIL FAMILIAL POUR ADULTES

Nom - Prénom du demandeur :

Date de naissance :

Adresse :

■ **Personne âgée** : oui non

■ **Personne handicapée** :

- physiquement : oui non
- psychiquement : oui non

Si la personne est actuellement hospitalisée ou l'a été récemment, préciser le lieu et le motif d'hospitalisation :

.....
.....

■ **Vie avec d'autres accueillis** : apte inapte

■ **Besoin de surveillance** : oui non - Si oui : total partiel

■ **État général** :

- Poids :
- Taille :

■ **Principaux antécédents médicaux et chirurgicaux (dater si possible)** :

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

■ **Pathologie(s) actuelle(s) et/ou en lien avec la demande d'entrée en accueil familial** :

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

■ **Régime alimentaire** :

.....

■ **Allergies** :

.....

■ **Traitements (joindre ordonnances) :**
.....
.....

ÉTAT NEUROPSYCHIQUE

- **Déficience intellectuelle** oui non
- **Trouble(s) du comportement** oui non
- **Agressivité** oui non
- **Désorientation temporo-spatiale** oui non
- **Pathologie psychiatrique** oui non
- **Troubles de la personnalité** oui non
- **Addiction** oui non

Si oui, type :

- **Sevrage** oui non
- **Troubles cognitifs** oui non
- **Troubles du sommeil** oui non

Commentaires :
.....
.....

DÉFICIENCE(S) DE LA FONCTION D'ÉLIMINATION

- **Incontinence fécale** oui non
Si oui : jour nuit
- **Incontinence urinaire** oui non
Si oui : jour nuit
- **Appareillage urinaire** oui non
- **Stomie(s)** oui non

Si oui, type :

- **Protections** oui non
Si oui : jour nuit

VUE ET AUDITION

- **Troubles visuels :** oui non
Nécessité d'appareillage : oui non
Si oui, le(s)quel(s) :

- **Troubles auditifs :** oui non
Nécessité d'appareillage : oui non
Si oui, le(s)quel(s) :

AUTONOMIE

	Autonome	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène de l'élimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Aides techniques éventuelles pour la locomotion :

Fauteuil roulant Cannes Déambulateur

Autres ; préciser :

■ Lieu de vie à adapter au handicap : oui non

SOINS ET SUIVIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Soins infirmiers Soins de nursing Kinésithérapie
 Orthophonie Suivi psychiatre Suivi CMP

■ Suivi spécialistes (préciser) :

■ Autres (préciser) :

CONCLUSION ET AVIS DU MÉDECIN SUR LE PROJET D'ACCUEIL FAMILIAL

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

Date :

Signature et cachet du Médecin :