

ETAT GENERAL

Communication verbale :

Etat psychologique :

Eventuels troubles du comportement :

Désorientation temporo-spatiale éventuelle non oui

Risque de fugue non oui à doser (entourer) : + ++ +++

Pronostic vital ou fonctionnel :

Perception par le médecin traitant du handicap du patient et de son retentissement sur sa qualité de vie :

Invalidité importante moyenne légère

Lève-malade Lit médicalisé

MODALITES DU VOYAGE

Couché non oui

Le malade peut-il monter seul ? oui non

GIR (degré de dépendance du malade) (entourer) : 1 2 3 4 5 6

Régime :

Normal Diabétique ... Sans SEL **NI** SUCRE

Sans sel Mixé Haché

Le malade s'alimente seul Aide obligatoire pour les repas

Allergies ou autres intolérances

Renseignements autres à communiquer

Personne de confiance (téléphone portable) :

Y a-t-il des directives anticipées non oui si oui joindre le formulaire « Désignation personne Confiance »

Correspondance avec le médecin traitant à prévoir en fin de séjour : oui non

Avec mes plus vifs remerciements pour le temps passé à remplir cette fiche qui permettra d'optimiser la qualité de la prise en charge de votre patient

Cachet et signature du médecin	Nom du médecin : Numéro de téléphone : Date :
--------------------------------	---