

Antécédents :

-
-
-
-
-
-

Traitement actuel :

-
-
-
-

3. Renseignements divers

- Handicap physique :

Oui Non

Précisez :

- Addiction :

Oui Non

Précisez :

- Régime alimentaire particulier

Oui Non

Précisez :

- Dépistage Tuberculose dans les 6 derniers mois

IDR :

Date

Résultats :

Oui Non

Radio thorax :

Date :

Résultats :

4. Autonomie

- Nécessite une aide pour la vie quotidienne Oui Non

Précisez :

- Risque de chute : Oui Non

- Troubles de la mémoire : Oui Non

- Troubles du langage : Oui Non

- Troubles de l'orientation : Oui Non

- Troubles du sommeil : Oui Non

5. Observation du comportement et capacité d'intégration des règles de vie en collectivité, et autres remarques :

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

Je soussigné(e),

Docteur

Déclare avoir examiné Monsieur/Madame

RELIENCE 82 - Association Loi 1901 – Siège social : 6, avenue des Mourets - 82000 MONTAUBAN - SIREN : 525 395 067 – APE 8790 B.
Déclarée en Préfecture de Tarn-et-Garonne le 29/09/2010 sous le numéro U82016981999.

www.reliance82.fr

Le :

.....

A :

Cachet/Signature du médecin

Avis du médecin du service Lits Halte Soins Santé

Docteur Hélène PIZZUT

Aux vues des éléments constatés par le présent dossier, donne un avis médical :

- Favorable
- Défavorable (préciser les motifs) :
.....
- Informations complémentaires :
.....

Date :

Signature :

Avis du Directeur du service Lits Halte Soins Santé

Sophie VENDEVILLE

Aux vues des éléments constatés par le présent dossier, donne un avis médical :

- Favorable
- Défavorable (préciser les motifs) :
.....
- Informations complémentaires :
.....

Date :

Signature :