

2 – DEFICIENCE DE LA FONCTION CARDIOVASCULAIRE :

Diagnostic précis :

Troubles fonctionnels :

Assistance éventuelle :

3-DEFICIENCES MOTRICES ET APPAREIL LOCOMOTEUR

Handicap:

Diagnostic précis (et localisation, troubles, etc...) :
.....
.....

4-DEFICIENCES NEURO-MUSCULAIRES

Diagnostic :

Dans le cas d'une comitialité : type et fréquence des crises :

5-DEFICIENCES DU LANGAGE, DE LA PAROLE, DE L'ECRIT (dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutilé, ...)

Une communication est-elle néanmoins possible ? OUI NON

Si oui, de quel type ?

6-APPAREIL SENSORIEL

Déficiences de la vision :

	Avant correction	Après correction
O. D. :
O. G. :

Déficiences de l'audition (et troubles associés éventuels : vertiges, acouphènes, ...) :

O. D. :	appareillée :
O. G. :	appareillée :

7-VIE PSYCHIQUE ET SOCIALE :

Une déficience intellectuelle et/ou un trouble du psychisme : OUI NON
Des difficultés comportementales : OUI NON
Un trouble de la mémoire : OUI NON
Une attitude psychologique coopérante OUI NON
Une cohérence (converser ou se comporter de façon logique et sensée) OUI NON
Une orientation (temps, moments de la journée et espace) OUI NON

Autre (précisez) :

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

Niveau intellectuel :

8- TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ET TOLERANCE (effets indésirables, notamment psychotropes, chimiothérapie, immunodépresseurs...)

.....
.....

9 – HYGIENE : Troubles sphinctériens :

Continence urinaire : Totale Modérée Abolie

Continence anale : Totale Modérée Abolie

10 –RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’AUTONOMIE :

L’intéressé peut-il :

	Normalement (seul)	Difficilement (mais seul)	Aide nécessaire	Impossible
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter l’escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lever d’une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S’asseoir sur une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un moyen de transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11-APPAREILLAGE :

Fauteuil Roulant Manuel : OUI NON

Fauteuil Roulant Electrique : OUI Poids fauteuil :

Si fauteuil roulant : TRANSFERABLE OUI NON

L'intéressé a besoin d'une tiers personne accompagnante : OUI NON

AIDES TECHNIQUES :

Canne appuis déambulateur

Orthèses :

Membres supérieurs Membres inférieurs Rachis Corset Siège

Autre (à préciser) :

Oxygène : OUI NON

Si Oui, type d'appareillage :

Nombre de mètres effectués : seul avec aide
= périmètre de marche

DATE

NOM DU MEDECIN
ET CACHET

SIGNATURE

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous rapprocher de notre médecin conseil en lui écrivant à l'adresse ci-dessous indiquée.

SIMOUV
Médecin Conseil
Commission PMR
540 rue du Président Lecuyer
59880 SAINT SAULVE