**FICHE 3 : DOSSIER MEDICAL**

**Ce dossier doit être rempli par votre médecin traitant.**

**Il doit être joint au dossier de candidature sous enveloppe cachetée à l’attention du médecin de l’établissement.**

**Complété par :**

NOM du médecin : ………………………………………………………………… Date : ……… / ……… / ………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Tél. : …………………………………………… Mail : ……………………………………………………………

1. **Pathologie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antécédent médicaux et chirurgicaux** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Traitement médicamenteux régulier ?**  **(joindre une ordonnance)** | 🞏 Oui 🞏 Non  Traitement en cours : |
| **Vaccinations ?** | 🞏 BCG date :  🞏 DTP date:  🞏 ROR date : |
| **Allergies ou contre-indications à nous signaler ?** |  |

1. **Troubles associés**

|  |  |
| --- | --- |
| **Troubles auditifs** | **Pourcentage de perte sur OD/OG**  **Appareillage et autonomie dans l’utilisation de l’appareillage**  **Troubles vestibulaires** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Troubles moteurs et sensitifs** | **Hémiplégie**  **Troubles de l’équilibre**  **Syndrome cérébelleux**  **Lenteur fatigabilité** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Troubles cognitifs et autres** | **Troubles attentionnels**  **Troubles exécutifs**  **Troubles mnésiques**  **Troubles émotionnels** |

1. **Prises en charges médicales**

*Merci d’indiquer les noms, spécialités et coordonnées des spécialistes qui suivent actuellement le jeune (cardiologue, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue, gynécologue, dentiste, psychologue, etc.).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM du médecin** |  | **Spécialité** | |  |
| **Adresse** |  | | | |
| **Tél** |  | **Mail** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM du médecin** |  | **Spécialité** | |  |
| **Adresse** |  | | | |
| **Tél** |  | **Mail** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM du médecin** |  | **Spécialité** | |  |
| **Adresse** |  | | | |
| **Tél** |  | **Mail** |  | |

1. **Prises en charges paramédicales**

*Merci d’indiquer les noms et coordonnées des professionnels paramédicaux qui suivent actuellement le jeune (orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien…).*

*Précisez la fréquence hebdomadaire (1 fois, 2 fois...)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM du professionnel** | |  | | **Spécialité** | |  |
| **Adresse** |  | | | | | |
| **Tél** |  | | | **Mail** |  | |
| **Fréquence de prise en charge** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM du professionnel** | |  | | **Spécialité** | |  |
| **Adresse** |  | | | | | |
| **Tél** |  | | | **Mail** |  | |
| **Fréquence de prise en charge** | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM du professionnel** | |  | | **Spécialité** | |  |
| **Adresse** |  | | | | | |
| **Tél** |  | | | **Mail** |  | |
| **Fréquence de prise en charge** | | |  | | | |

1. **Informations complémentaires**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alimentation** | 🞏 Normal 🞏 Autre précisez ……… | | | | | |
| **Régime (ex. : sans sel, diabète, etc.)** | |  | | | | |
|  |  | | | |  |  |
| **Mode de contraception (pour les filles)** | | | 🞏 Oui 🞏 Non  Si oui, lequel : …………………………………………………………. | | | |
|  | | | | | | |
| **Est-ce que le jeune est sujet ou a des problèmes avec :**  (cochez toutes les cases pertinentes) | | | | 🞏 Anxiété 🞏 Ossature fragile  🞏 Douleurs chroniques 🞏 Perte de mémoire à long terme  🞏 Dépression 🞏 Sensibilité à la douleur  🞏 Sensibilité à la chaleur 🞏 Sensibilité au froid  🞏 Temps de réaction lent 🞏 Perte de mémoire à court terme  🞏 Difficultés avec ses pairs  ………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………… | | |
|  |  | | | |  |  |
| **Comment le jeune réagit-il à la colère et à la frustration ?** | | | |  | | |

Fait à …………………………………………………………

Date : ………………………………………………………...

*Cachet et signature du médecin*