**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 🞏 NonTraitement 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 🞏 NonSi 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*