



## Maison d'Accueil Spécialisée

Secrétariat : ☎ 03 23 21 48 40  
[lasource@epsmd-aisne.fr](mailto:lasource@epsmd-aisne.fr)

e.p.s.m.d. de l'Aisne



A adresser sous pli confidentiel à:  
Monsieur le Directeur MAS « la source » 02320 PREMONTRE  
Pour tout renseignement : tel.03-23-21-48-40/courriel : [lasource@epsmd-aisne.fr](mailto:lasource@epsmd-aisne.fr)

### DOSSIER Médical

Nom : prénom(s) :  
Date de naissance : Poids : IMC :  
Taille :

#### RENSEIGNEMENTS SOMATIQUE (A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT)

Médecin traitant : .....

Adresse :  
.....  
.....

Téléphone : .....

#### Troubles actuels, nature et causes du handicap

Histoire de la maladie principale (résumé, évolution, projet) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



### Traitement actuel et appareillage

Médical (joindre l'ordonnance en cours) :

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

Appareillage :          existant                   nécessaire                   en cours

Autres :

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

### Vaccinations (joindre une copie du carnet de vaccinations)

Date du dernier rappel

- DT Polio :
- Hépatite B :
- BCG :

Dernière IDR le :                          résultat :

Autres :

### Troubles associés

Cardio-vasculaires :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Locomoteurs :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Pulmonaires :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Digestifs :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Neurologiques :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Gyneco-obstrétique :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Ouïe :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Vue :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>
Troubles alimentaires :	oui <input type="checkbox"/>	Si oui, de quel(s) type(s)	non <input type="checkbox"/>



Antécédents :

Médicaux :                                    oui  (Si oui, lesquels)                                    non

Chirurgicaux :                                    oui  (Si oui, lesquels)                                    non

Allergies :                                    oui  (Si oui, lesquelles)                                    non

**RENSEIGNEMENTS PSYCHIATRIQUE (A REMPLIR PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE)**

Médecin psychiatre :  
 Adresse :  
 Téléphone :

Troubles psychiatriques

Histoire de la Maladie (date d'émergence des troubles, parcours médical, antécédents hospitaliers, antécédents judiciaires, état de santé actuel)

Traitement en cours :

Comportement constaté et évaluation de l'autonomie :

**PRISE NE CHARGE PAR D'AUTRES SPECIALISTES**

Kinésithérapeute :                                    oui                                     non   
 Fréquence :

Etat et évolution :

Coordonnées complètes du spécialiste :

Orthophoniste :                                    oui                                     non   
 Fréquence :  
 Etat et évolution :

Coordonnées complètes du spécialiste :



e.p.s.m.d. de l'Aisne



Ergothérapeute :

oui

non

Fréquence :

Etat et évolution :

Coordonnées complètes du spécialiste :

Psychologue :

oui

non

Fréquence :

Etat et évolution :

Coordonnées complètes du spécialiste :

Autres spécialistes :

oui

non

Fréquence :

Etat et évolution :

Coordonnées complètes du spécialiste :