



Association « Les Chiens du Silence »

46 rue des Pyrénées

65140 Escondeaux

Tel: 05 62 448 558

port: 06 49 62 78 16

Mail: [leschiensdusilence.ecouteur@gmail.com](mailto:leschiensdusilence.ecouteur@gmail.com)

### **RAPPORT MEDICAL-DEMANDE D UN CHIEN ECOUTEUR :**

Information générale :

veuillez écrire en lettre manuscrite. Toutes les sections doivent être complétées de façon lisible.

<b>Nom du demandeur</b>	
-------------------------	--

Veillez fournir les informations nécessaires concernant l'état de santé de votre patient, ces informations resteront confidentielles et ne seront utilisées que dans l'évaluation de l'éligibilité pour l'obtention d'un chien d'assistance écouteur.

\_\_\_\_\_  
signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
signature du représentant légal ou tuteur

\_\_\_\_\_  
date

Veillez remplir lisiblement, le questionnaire.

<b>NOM DU MEDECIN</b>			
<b>Spécialité</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Code Postal</b>		<b>Ville</b>	
<b>Téléphone</b>		<b>E-mail</b>	

**INFORMATIONS MEDICALES**

Handicap du patient (continuer au verso si besoin)

**Handicap primaire**

Décrire le handicap ou condition médicale

**HANDICAP SECONDAIRE**

Décrire le handicap ou condition médicale

**Autres informations pertinentes**

Élocution:     normale         avec difficulté et compréhensible         difficile

parle très peu ou pas.

Autres:

veuillez énumérer tous les médicaments prescrits à votre patient

Médication	Dosage	Maladie	Effets secondaires

Est-ce que votre patient:	1= Faible 10= Bon
Exerce un bon jugement et prend les bonnes décisions quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A une perception et mémoire suffisante pour gérer ses tâches de la vie quotidienne?	
A l'habilité d'apprendre et suivre des directives quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A la capacité de prendre des décisions quant à sa sécurité et celle des autres?	

Votre patient présente-t- il des allergies ?

oui  non si oui lesquelles:

Votre patient est il capable de s'occuper d'un chien au quotidien? (nourriture, soin, sortie)

oui  non

\_\_\_\_\_  
signature du Médecin

\_\_\_\_\_  
date