



Association les Chiens du Silence

RAPPORT MEDICAL

A joindre au dossier de demande d'un chien d'assistance écouleur.

- Ce dossier est à remplir par le médecin traitant. (6 pages)
- Il est destiné à la commission d'attribution qui à besoin de recueillir des informations sur les éléments concernant la/les pathologies, ce rapport restera confidentiel.
- Veuillez remplir en lettre manuscrite de façon lisible, les informations nécessaires concernant l'état de santé de votre patient.
- Grille d'appréciation : A. Réalisé sans difficulté et sans aucune aide
 - B. Réalisé avec difficulté mais sans aide
 - C. Réalisé avec aide humaine
 - D. Non réalisé

Nom du demandeur : _____

Date : _____

Signature du demandeur

Signature du représentant légal/tuteur

1. PATHOLOGIE

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (facteurs de gravités...) :

2. HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE

Origine, circonstances d'apparition :

Congénitale		Maladie		Accident de la vie privée		Accident du travail		Maladie professionnelle	
-------------	--	---------	--	---------------------------	--	---------------------	--	-------------------------	--

Date d'apparition :

3. AUTRES INFORMATIONS

Élocution :

Normale		Avec difficulté et compréhensible		Difficile		Parle très peu ou pas du tout			
<i>Communication :</i>						A	B	C	D
Communiquer avec les autres									
Utiliser le téléphone									
Utiliser les autres appareils de communication									

Perspective d'évolution globale :

Stabilité		Aggravation		Incapacité		Évolutivité		Amélioration		Non	
-----------	--	-------------	--	------------	--	-------------	--	--------------	--	-----	--

			fluctuante	majeure			définie	
--	--	--	------------	---------	--	--	---------	--

4. TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE

MEDICATION	DOSAGE	MALADIE	EFFETS SECONDAIRES

Présence d'allergies : si oui, lesquelles ?

Prise en charge concernant les soins :

Hospitalisations itératives ou programmées		Soins ou traitements nocturnes		Suivi médical spécialisé		Autres : précision	
--	--	--------------------------------	--	--------------------------	--	--------------------	--

Type d'appareillage :

Unilatérale		Bilatérale		Appareillage		Implant	
-------------	--	------------	--	--------------	--	---------	--

Aide à la mobilité :

Déambulateur		Canne		Orthèse, prothèse		Fauteuil roulant	
--------------	--	-------	--	-------------------	--	------------------	--

<i>Capacité motrice :</i>	A	B	C	D
Marcher				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Préhension main dominante				
Préhension main non dominante				

Appareillage visuel :

Aides respiratoires :

Aide à la parole : Prothèse phonatoire

<i>Capacité cognitive</i>	A	B	C	D
Orientation dans le temps				
Orientation dans l'espace				
Gestion de la sécurité personnelle				
Maîtrise du comportement				
Taches de la vie quotidienne				
Mémoire				
Suivi des directives et des taches de la vie quotidienne				
Capacité de prendre des décisions				
Faire des démarches administratives				

Votre patient est il capable de s'occuper d'un chien au quotidien ?

Sortie, nourriture, soin

Retentissement sur vie sociale et familiale :

<i>Situation familiale :</i>	Vie familiale		Isolement		Rupture		Autre :
------------------------------	---------------	--	-----------	--	---------	--	---------

Présence d'un aidant familial :

Remarques ou observations complémentaire :

--

5. COORDONNEES ET SIGNATURE

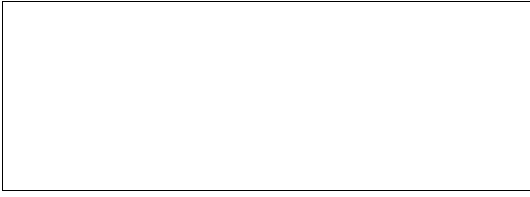
Docteur	
Médecin Traitant	
Adresse	
Téléphone	
E mail	

Document rédigé à la demande du patient.

Fait à :

Le :

Signature du médecin

An empty rectangular box with a thin black border, intended for the doctor's signature.