



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. (4 pages)
- Il est destiné à la commission d'attribution qui a 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 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 fluctuante Evolutivité majeure Amélioration

Non 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 nocturne

Suivi médical spécialisé Autre :

Type d'appareillage :

Unilatéral Bilatéral 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 :

<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 :

Vie familiale

Isolement

Rupture

Autre :

Présence d'un aidant familial :

Remarques ou observations complémentaire :

5. COORDONNEES ET SIGNATURE

Docteur :

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone / mail :

Document rédigé à la demande du patient.

Fait à :

Le :

Signature du médecin