

Ce rapport est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la commission d'attribution de l'Association les Chiens du Silence d'étudier la demande de chien d'assistance écouteur.



Questions obligatoires



Une pièce jointe est attendue

A l'attention du médecin



Ce dossier de 4 pages est à remplir par le médecin traitant et est destiné à la commission d'attribution qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments concernant la ou les pathologies de votre patient. Il restera confidentiel.

Il est à remplir en lettre manuscrite de façon lisible avec toutes les informations nécessaires concernant l'état de santé de votre patient.

La grille d'appréciation à utiliser est la suivante :

- A. Réalisé sans difficulté et sans aucune aide
- B. Réalisé avec difficulté mais sans aide
- C. Réalisé avec aide humaine
- D. Non réalisé

A l'attention du demandeur



Ce dossier de 4 pages est à compléter par votre médecin traitant et restera confidentiel.

Il est à remplir en lettre manuscrite de façon lisible avec toutes les informations nécessaires concernant votre état de santé et il devra être joint entièrement complété à votre dossier de demande de chien d'assistance écouteur.

Merci de l'aider en complétant les éléments ci-dessous :

Prénom

Nom

Date


Signature du demandeur

Signature du représentant légal ou tuteur, le cas échéant

1. Pathologie

Pathologie motivant la demande : 

Autres pathologies éventuelles :

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

2. Historique de la pathologie

Origine ou circonstances d'apparition

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

Date d'apparition :

3. Autres informations

Elocution

- Normale Avec difficulté mais compréhensible Difficile Parle peu ou pas du tout

Communication :

	A	B	C	D
Communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les autres appareils de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perspective d'évolution globale :

- Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante Evolutivité majeure Amélioration
 Non définie


4. Traitements et prise en charge

Médication	Dosage	Maladie	Effets secondaires

Présence d'allergie ? 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 Aucun

Aide à la mobilité :

- Déambulateur Canne Orthèse, prothèse Fauteuil roulant

Capacité motrice : 

A B C D

Marcher

Précisez la vitesse de marche (rapide, lente...) et s'il y a des pertes d'équilibre (aucune, peu, beaucoup...) :

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 :

Capacité cognitive : 

A B C D

Orientation dans le temps

Orientation dans l'espace

Gestion de la sécurité personnelle

Maîtrise du comportement

Tâches de la vie quotidienne


Mémoire

A B C D

Suivi des directives et des tâches 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, promenade, nourriture, soin) 

Oui Non, précisez :

Retentissement sur la vie sociale et familiale : 

Vie familiale Isolement Rupture Autre :

Présence d'un aidant familial :

Oui Non

Remarques ou observations complémentaire :



Docteur :

Médecin traitant : (si différent)

Adresse :

Téléphone / mail :

Document rédigé à la demande du patient

Signature du médecin

Fait à :

Le :