



ESAT DE LA WIVRE
Zone des Macherins - Rue de Rome - 89470 Monéteau
Tél : 03.86.53.42.83
Email : esatwivre89@orange.fr



DOSSIER MÉDICAL (à remplir par le médecin psychiatre)

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM et Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Médecin psychiatre

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : E-m@il :

Médecin traitant

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : E-m@il :

Antécédants médicaux

Éléments biographiques et parcours psychiatrique :

Diagnostic médical :

Etat psychique actuel :

Traitement actuel :

Autres pathologies

(Addictions, troubles de conduite...)

Etat de santé général

NEURO-ORTHOPÉDIQUE :

Existe-t-il une atteinte au niveau

	Droite	Gauche	Si oui laquelle
Membre supérieur		<input type="checkbox"/>
Main		<input type="checkbox"/>
Membre inférieur		<input type="checkbox"/>

RESPIRATOIRE :

Une surveillance particulière (allergie, asthme, insuffisance respiratoire...)?

Non Oui (*à préciser si surveillance particulière*)

CARDIO VASCULAIRE :

Facteur à risques non oui

Si oui, quelles précautions

Insuffisance cardiaque non oui

Si oui, quel traitement particulier

Autres :

ORL :

Troubles auditifs NON OUI , préciser

NEUROLOGIQUE:

	OUI	NON
Epilepsie		<input type="checkbox"/>
Mouvements incontrôlés		<input type="checkbox"/>

Quels membres ?

ALLERGIES :

Alimentaires
Médicamenteuse
Autres

Précisez :

Surveillance particulière ?

(Suite intervention, diabète, régime,...)

Vaccinations

(Joindre une photocopie du carnet de vaccination)

- **Tétanos :** Date de la dernière injection :
Date du prochain rappel :
- **Polio :** Date de la dernière injection
Date du prochain rappel :

Fait à le.....

Cachet et signature du médecin