

ATTESTATION MEDICALE

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Renseignements médicaux :

Antécédents médicaux :

.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux :

.....
.....
.....

Contre-indications médicales :

✓ Allergies :

✓ Allergies alimentaires :

✓ Phobies :

✓ Port de prothèses (dentaires, auditives...) :

Troubles cognitifs :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Troubles mnésiques simples | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Troubles de l'orientation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Troubles de la cohérence | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Troubles du comportement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Agressivité <input type="checkbox"/> | | |
| - Risque de fugue <input type="checkbox"/> | | |
| - Opposition <input type="checkbox"/> | | |
| - Agitation <input type="checkbox"/> | | |
| - Déambulation <input type="checkbox"/> | | |
| - Déjà explorés (par le Dr) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Traitement actuel :
.....
.....
.....

Incontinence :

- Urinaire partielle
- Urinaire permanente
- Fécale

Alimentation :

- Régime alimentaire : Oui Non
Si oui lequel :
- Texture : Normale Hachée Mixée

Autonomie :

	Autonome (effectue seul)	Semi-autonome (aide/stimulation)	Non autonome
Orientation (<i>se repérer dans le temps, l'environnement habituel, dans un environnement inconnu, reconnaître les saisons...</i>)			
Toilette (<i>conserver une hygiène corporelle satisfaisante</i>)			
Habillage (<i>choisir ses vêtements, s'habiller et se déshabiller de façon adaptée</i>)			
Prise des repas (<i>manger un repas préparé sans faire de fausses routes</i>)			
Cuisine (<i>préparer un repas</i>)			
Elimination (<i>aller aux toilettes, hygiène, port de protections</i>)			
Transferts (<i>se lever, s'asseoir, se coucher</i>)			
Déplacements (<i>intérieurs et extérieurs</i>)			

Je soussigné(e), Docteur.....,
certifie que M....., âgé(e) de
..... ans ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité et peut
participer aux activités proposées par l'accueil de jour.

Date :

Signature et Cachet :