

## DOSSIER MEDICAL DE CANDIDATURE

### DEFICIENCES NEURO-MOTRICES

Diagnostic principal .....

Diagnostic secondaire : .....

Année de révélation/ Date de la dernière poussée (SEP) :

.....

Taille : ..... Poids : .....

Médecin traitant, Adresse, Téléphone :

.....

Médecin spécialiste/Adresse :

.....

Téléphone du spécialiste : .....

#### Difficultés motrices des membres :

des 4 membres  des 2 membres inférieurs  des 2 membres supérieurs

d'1 seul membre supérieur  d'1 seul membre inférieur

des 2 membres d'un même côté  Droit  Gauche

#### Autres difficultés :

amputation  déformation  spasticité  tremblements

#### Douleurs :

Oui  Non

permanentes  fréquentes  occasionnelles  type neuropathique

Autre (précisez) : .....

#### Difficultés motrices de la déglutition :

aucun trouble  fausses routes  aides techniques à la prévention

alimentation adaptée  gastrostomie  troubles indéterminés

#### Difficultés motrices de l'élocution et de la parole :

aucunes ou légères  importantes  maximales

Aide technique à la communication : oui  non

Laquelle : .....

✉ [secretariat@lagarance84.fr](mailto:secretariat@lagarance84.fr) / [www.lagarance84.fr](http://www.lagarance84.fr) / [centre de vie la garance](#)

☎ : 04.90.37.21.84 - 📠 : 04.90.37.90.22

**FINESS 84 001 385 8 - SIRET 498 856 152 00026 - APE 8710 C**

Géré par l'AGESEP 84, Association régie par la loi 1901.



## AIDES TECHNIQUES

### Moyen de déambulation et de déplacement habituel :

	intérieur	extérieur
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Périmètre de mobilité indépendante :

- Aucun déplacement sans aide
- Seulement à l'intérieur de l'établissement ou domicile
- Peut circuler de façon autonome (seul)
- Date de dernière acquisition du fauteuil : .....
- Electrique  Manuel

## TOILETTE

- douche debout
- douche assis(e)
- douche couché(e)
- participation

précisez : .....

shampooing, fréquence, consignes particulières

précisez : .....

brossage des dents : électrique  manuel

soins des ongles, épilations

produits de toilette utilisés (crème, déodorant, parfum)

.....  
.....

*« Centre de Vie « La Garance » - 195 impasse des Hauts Mûriers – 84210 Althen des Paluds*

*✉ [secretariat@lagarance84.fr](mailto:secretariat@lagarance84.fr) / [www.lagarance84.fr](http://www.lagarance84.fr) / [f](https://www.facebook.com/centre.de.vie.la.garance) centre de vie la garance*

*☎ : 04.90.37.21.84 - 📠 : 04.90.37.90.22*

*FINESS 84 001 385 8 - SIRET 498 856 152 00026 - APE 8710 C*

*Géré par l'AGESEP 84, Association régie par la loi 1901.*

## DEPENDANCES

Aide humaine (habituellement nécessaire) :

ACTIVITE DE LA VIE QUOTIDIENNE	AIDE HUMAINE												
<p>Transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lever (ex : passer du lit au fauteuil roulant)</li> <li>- Coucher</li> <li>- W.C</li> <li>- Autres</li> <li>.....</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
<p>Habillage/déshabillage (dont mise en place et retrait des appareils/prothèses)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>									
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
<p>Déplacement intérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacement sur sol plat</li> <li>- Monter et descendre les escaliers</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>						
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
<p>Soins urinaires/ intestinaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide à l'élimination /aide pour incontinence (sonde, change...)</li> <li>- Aide pour aller à la selle (hors transfert), (extraction manuelle, change)</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>						
Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											

*« Centre de Vie « La Garance » - 195 impasse des Hauts Mûriers – 84210 Althen des Paluds*

*✉ [secretariat@lagarance84.fr](mailto:secretariat@lagarance84.fr) / [www.lagarance84.fr](http://www.lagarance84.fr) / [f](#) centre de vie la garance*

*☎ : 04.90.37.21.84 - 📠 : 04.90.37.90.22*

***FINESS 84 001 385 8 - SIRET 498 856 152 00026 - APE 8710 C***

*Géré par l'AGESEP 84, Association régie par la loi 1901.*



## EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Conciliation/coopération : au traitement  aux soins  à la toilette

Trouble du caractère

Rituels  précisez :.....

Agressivité  précisez :.....

Troubles de l'humeur : euphorie  cris  pleurs

Déni de la maladie

Repli social, apathie

Hallucinations

Addictions

précisez : .....

Peut se mettre en situation de danger : fugue  tentative de suicide

Anxiété, dépression depuis.....

Antécédents psychiatriques.....

Suivi par un psychologue ou un psychiatre (nom et coordonnées) oui  non

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

## EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Déficience intellectuelle : légère  sévère

Trouble du langage oral : compréhension  expression

Problèmes attentionnels : fatigabilité  autre:.....

Troubles mnésiques  Désorientation temporospatiale

Syndrome dyséxécutif / frontal  Désinhibition  Anosognosie

Démence de type.....

## PROBLEMATIQUES PERSONNELLES

.....  
.....

*« Centre de Vie « La Garance » - 195 impasse des Hauts Mûriers – 84210 Althen des Paluds*

*✉ [secretariat@lagarance84.fr](mailto:secretariat@lagarance84.fr) / [www.lagarance84.fr](http://www.lagarance84.fr) / [f](https://www.facebook.com/centre.de.vie.la.garance) centre de vie la garance*

*☎ : 04.90.37.21.84 - 📠 : 04.90.37.90.22*

*FINESS 84 001 385 8 - SIRET 498 856 152 00026 - APE 8710 C*

*Géré par l'AGESEP 84, Association régie par la loi 1901.*