

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(A faire remplir par le médecin traitant ou de l'institution, sous pli confidentiel)

Concernant Mr - Mme - Melle -

Né (e) le :

I ANTECEDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE ET OU DU HANDICAP

-
-
-
-
-

II DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

-
-
-
-
-

III TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Troubles psychotiques	OUI	NON
Troubles névrotiques	OUI	NON
Démence	OUI	NON
Autre (s)		

IV TROUBLES DU COMPORTEMENT

Hétéro agressivité	OUI	NON
Auto agressivité	OUI	NON

Agitation	OUI	NON
Fugues	OUI	NON
Inhibition	OUI	NON
Autre(s)		

V TROUBLES DES CONDUITES

Alimentaires	Boulimie	OUI	NON
	Anorexie	OUI	NON
	Autre(s)		

Excrémentielles	Enurésie	OUI	NON
	Encoprésie	OUI	NON
	Autre(s)		

Sexuelles	OUI	NON
-----------	-----	-----

VI TROUBLES DE L'HUMEUR

DEPRESSION	OUI	NON
À préciser		
MANIE	OUI	NON
HYPOMANIE	OUI	NON

VII TROUBLES DU LANGAGE OU DE LA PAROLE

-
-
-
-
-

VIII DEFICIENCE INTELLECTUELLE ET COGNITIVE

NIVEAU Léger
 Moyen
 Profond

MODE Harmonique
 Dysharmonique

IX DEFICIENCE MOTRICE

I. M. C. à préciser

Autre à préciser

X. TROUBLES NEUROLOGIQUES

Epilepsie OUI NON
À préciser

Autre
À préciser

XI TROUBLES PSYCHOMOTEURS

-
-
-
-
-

XII DEFICIENCES SENSORIELLES

Visuelle OUI à préciser

NON

Auditive OUI à préciser OUI

NON

NON

Autre OUI à préciser

NON

XIII DEFICIENCES VISCERALES

-
-
-
-
-
-

XIV TRAITEMENTS ET THERAPIES

-
-
-
-
-
-

XV AUTRES RENSEIGNEMENTS



Etablissement Public Médico-Social

Nom et adresse du Praticien