
DOSSIER D'ADMISSION AU CENTRE HOSPITALIER LOCAL DE ST MEEN LE GRAND
UNITE POUR SCLEROSE EN PLAQUES :DOSSIER MEDICAL

Chaque rubrique doit être impérativement renseignée par le médecin soit généraliste soit spécialiste (neurologue ou rééducateur)

Nom du patient : **Epouse :**

Prénom : **Né(e) le :**

Coordonnées du médecin traitant :
.....
.....

Tél :

Coordonnées du neurologue :
.....
.....

Tél :

Coordonnées du médecin rééducateur :
.....
.....

Tél :

Autres spécialistes éventuels :

Kinésithérapeute

Psychologue ou psychiatre
.....
.....

Chaque rubrique doit être impérativement renseignée par le médecin soit généraliste soit spécialiste (neurologue ou rééducateur)

Antécédents familiaux de SEP ou autre pathologie neurologique ? OUI NON

Si oui, préciser :

Antécédents personnels :

➤ Antécédents chirurgicaux ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

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

➤ Antécédents médicaux ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

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

➤ Antécédents allergiques ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Histoire de la SEP pour laquelle vous sollicitez une admission :

➤ Année de début :

➤ Forme de la maladie :

.....

Examen clinique :

Appareil locomoteur

-
- Membres inférieurs : Y a-t-il un déficit ? OUI NON

Lequel ?

La marche est-elle possible ? OUI NON

Y a-t-il un fauteuil roulant manuel ? OUI

Y a-t-il un fauteuil roulant électrique ? OUI

Membres supérieurs : Y a-t-il un déficit ? OUI NON

Lequel ?

Le patient est Droitier Gaucher

- Y a-t-il un tremblement ? OUI NON

- Y a-t-il une spasticité, des rétractions ? OUI NON

Lesquelles ?

➤ **La voix :**

Troubles du langage OUI NON

Y a-t-il des fausses routes ? OUI NON

Y a-t-il des troubles auditifs et/ou des vertiges ? OUI NON

Existe-t-il un appareillage ? OUI NON

- Ophtalmologie :

Troubles visuels ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

- Appareil respiratoire :

Troubles respiratoires ? OUI NON



Chaque rubrique doit être impérativement renseignée par le médecin soit généraliste soit spécialiste (neurologue ou rééducateur)

Si oui, lesquels ?

○ Appareil cardiovasculaire :

Y a-t-il des problèmes cardiovasculaires ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

○ Abdomen :

Y a-t-il une sonde GPE pour l'alimentation ? OUI NON

Dans ce cas, quels sont le protocole et les produits ?

.....

○ Etat cutané :

Y a-t-il des escarres ? OUI NON

Où ?

○ Evaluation de la fonction sphinctérienne :

Y a-t-il incontinence ? OUI NON

Les sondages sont-ils nécessaires ? OUI NON

SAD OUI NON

Sondages intermittents Autosondage

Hétérosondage

○ Examen neuro-psychologique :

Le malade consulte-t-il régulièrement un psychiatre ou un psychologue ?

OUI NON

Y a-t-il des troubles du caractère ou de l'humeur ? OUI NON



Chaque rubrique doit être impérativement renseignée par le médecin soit généraliste soit spécialiste (neurologue ou rééducateur)

Si oui, lesquels ?

Y a-t-il des troubles du sommeil ? OUI NON

Y a-t-il des troubles cognitifs ? OUI NON

Si oui, lesquels ?
.....

Traitement actuel :

○ Traitements en cours : OUI NON

Si oui, lesquels ?
.....
.....
...

Surveillance biologique :

○ Anomalie biologique à surveiller : OUI NON

Si oui, laquelle ?

Date :

Cachet et signature du médecin

Merci de renvoyer ce document accompagné des derniers courriers (Neurologue, Médecin MPR) à :

Mme Marie GUILLET
Infirmière coordinatrice du Réseau SEP-Bretagne
Service de Neurologie
CHU Pontchaillou
Rue Henri Le Guilloux
35033 RENNES CEDEX

Chaque rubrique doit être impérativement renseignée par le médecin soit généraliste soit spécialiste (neurologue ou rééducateur)