

**SERVICE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER D'ALBI**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL POUR LES FAMILLES OU LES PATIENTS  
(version du 03/07/03)**

A retourner, même incomplètement rempli, sous pli fermé au Dr Bernard PRADINES, Service de Soins de Longue Durée, Centre Hospitalier d'Albi, 81013 ALBI CEDEX.

Afin de mieux connaître votre parent hospitalisé en Soins de Longue Durée, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire suivant.

Date:                              Son nom:                              Son prénom:  
Son poids:              Sa taille:                              Votre n°Tel:

Son ancienne profession habituelle:

Combien d'enfants a-t-il (elle) eu?

Nom et adresse de son médecin de famille:

Nom et adresse de son kinésithérapeute:

Nom et adresse de son dentiste:

Nom et adresse de ses spécialistes des yeux et des oreilles:

Maladies (autres que les maladies habituelles de l'enfance) : lesquelles et en quelle année?

A-t-il (elle) été hospitalisé(e) : quand, où et pourquoi?

Allergies (lesquelles, à quoi et en quelle année?)

Maladies de la peau (en particulier les démangeaisons)

Quels médicaments prend-il (elle)?

Tabac (nombre de cigarettes par jour pendant combien d'années?)

Alcool. Nombre de verres par jour (apéritifs, vin, bière, digestifs)

Transfusion (lui a-t-on donné du sang?)    OUI    NON

Décrire la kinésithérapie entreprise avant l'entrée dans le service :

Opérations (lesquelles et en quelle année? Préciser si anesthésie totale ou partielle):

Quelles sont les vaccinations dont votre parent a bénéficié? Apporter les documents.

**Pouvez-vous décrire des localisations douloureuses chez votre parent (par exemple lombalgies, douleurs des membres inférieurs...)**

**Quelle attitude adoptait-il (elle) lors des douleurs : négation de la douleur ou au contraire manifestations expressives ? Lesquelles ?**

**Si votre parent(e) est incapable de s'exprimer, avez-vous remarqué une attitude particulière quand il (elle) souffre ?**

**Quelles activités ou animations pourraient lui plaire?**

**Quelles activités ou animations pourraient lui déplaire?**

**A quelle heure a-t-il (elle) l'habitude :**

**-de se coucher ?**

**-de se lever ?**

**Se lavait-il (elle) chaque jour ?**

**- oui**

**- non. Si non fréquence :**

**Combien de douches prenait-il (elle) :**

**- par semaine :**

**- par mois :**