



RAPPORT MÉDICAL CHIEN D'ASSISTANCE POUR PERSONNES DIABÉTIQUES

À être complété par votre médecin

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Veillez écrire en lettres capitales. Toutes les sections doivent être complétées de façon lisible ou le processus de demande ne pourra être complété.

Nom du demandeur		Date	
-------------------------	--	-------------	--

Veillez fournir l'information nécessaire sur ma santé à MILA asbl. Cette information sera gardée confidentielle et ne sera utilisée que pour évaluer mon éligibilité à obtenir un chien d'assistance et pour sélectionner mon jumelage avec un chien d'assistance.

Signature du demandeur

Date

(ou) Signature du parent ou représentant légal

Date

VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT, À LA MACHINE, EN LETTRES CAPITALES OU CACHET.

Nom du médecin					
Spécialité					
Adresse					
Ville		Code Postal		Pays	
Téléphone					

INFORMATIONS MÉDICALES

Handicap du patient (continuer au verso au besoin)

Handicap primaire	
Décrire le handicap ou condition médicale	
Handicap secondaire	
Décrire le handicap ou condition médicale	
Veillez décrire les limitations du patient ou toutes autres informations pertinentes	

Quel traitement votre patient utilise-t-il présentement?

Médication Diète Cachets Insuline Pompe à insuline Autre (spécifiez)

VEUILLEZ LISTER TOUS LES MÉDICAMENTS PRÉSENTEMENT PRESCRITS À VOTRE PATIENT

<u>Médication</u>	<u>Dose</u>	<u>Problème de santé ou maladie</u>	<u>Effets secondaires ressentis</u>	<u>S'administre lui-même?</u>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N

Votre patient souffre-t-il de l'une de ces affections?

- Maladie cardiaque Cancer Haute pression Fièvre rhumatismale Diabète
 Paralysie infantile Trouble de l'audition Sida Désordres nerveux Trouble de la vue
 Crise cardiaque Crises de convulsions Épilepsie Hernie Difficulté d'élocution
 Allergies Polio Mobilité réduite Perte de mémoire Asthme Trouble de coordination
 Endurance réduite Spasticité Faiblesse musculaire Douleur chronique Dépression
 Sensibilité de la peau Os fragiles Déséquilibre Trouble de l'élocution

Est-ce que votre patient...

1= bas
10= haut

a) Peut exercer un jugement et prendre des décisions dans ses activités quotidiennes?

b) A suffisamment de perception et de mémoire pour gérer ses activités quotidiennes?

c) Est en mesure de suivre des directives pour apprendre à gérer des activités quotidiennes?

d) Est capable de décisions pour ses besoins, sa sécurité et celle des autres?

Commentaires:

Signature de l'Endocrinologue

Date