



RAPPORT NEUROLOGIQUE CHIEN POUR PERSONNES EPILEPTIQUES

À être complété par votre neurologue.

Veillez écrire en lettre 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 votre santé à MILA asbl. Cette information sera gardée confidentielle et ne sera utilisée que pour évaluer votre éligibilité à obtenir un chien d'assistance et pour évaluer votre affinité avec un chien d'assistance.

Signature du demandeur

Date

(ou) Signature du parent ou représentant légal

Date

VEUILLEZ REMPLIR DE FAÇON LISIBLE

Nom du médecin				
Spécialité				
Adresse				
Ville		Code Postal		Pays
Téléphone				

INFORMATION MÉDICALE

Handicap du patient (continuer au verso au besoin)

Handicap premier		
Décrire le handicap ou condition médicale		
Handicap secondaire		
Décrire l'handicap ou condition médicale		
Veillez décrire les limitations du patient et toutes autres informations pertinentes		
Est-ce que 2 ou plus de membres sont affectés?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, expliquer:
Pronostic et effets sur les habiletés du patient à performer dans les tâches de la vie quotidienne		

Veillez cocher les cases appropriées sur la condition de votre patient

- Diabète Épilepsie Maladie Cardiaque Défaut d'élocution Haute pression
 Rhumatisme articulaire aigu Paralyse Infantile Surdité C citi  VIH
 Anxiété Embolie cérébrale Convulsions  vanouissements Hernie Allergies Polio
 Mobilité réduite Perte de mémoire à court terme Perte de mémoire à long terme Asthme
 Problèmes de coordination Endurance réduite Spasticité Faiblesse musculaire
 Douleurs chroniques Dépression Sensibilité de peau Déséquilibre Fragilité osseuse

VEUILLEZ NOMMER TOUS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS   VOTRE PATIENT

<u>Médication</u>	<u>Dosage</u>	<u>Condition ou Maladie</u>	<u>Effets secondaires</u>	<u>Administré par le patient?</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

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

<u>Est-ce que votre patient :</u>	<u>1 = Faible 10 = Bon</u>
Exerce un bon jugement et prend les bonnes décisions quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A une perception et mémoire suffisante pour gérer les tâches de la vie quotidienne?	
A l'habilité d'apprendre et suivre des directives quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A la capacité de prendre des décisions quant à sa sécurité et celles des autres?	
Autres commentaires à propos de votre patient reliés à son habilité et/ou aptitude pour obtenir un chien d'assistance.	

Signature du Médecin

Date