

Rapport médical

Votre patient(e) a fait une demande de chien d'assistance auprès de la Fondation Mira. Notre formation, d'une durée de 3 semaines, est rigoureuse et a lieu indépendamment des conditions climatiques. Afin de nous permettre de donner à votre patient(e) l'entraînement approprié à sa condition physique, nous vous demandons de bien vouloir compléter le présent formulaire.

Nom	Prénom
Date de naissance ___/___/_____	Poids
	Grandeur
Votre patient(e) souffre ou a souffert des maladies suivantes :	
<input type="checkbox"/> Atteinte(s) du système nerveux central <input type="checkbox"/> Atteinte(s) du système nerveux périphérique <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Arthrite ou fibromyalgie <input type="checkbox"/> Atteinte(s) orthopédique(s) <input type="checkbox"/> Amputation(s) <input type="checkbox"/> Trouble d'équilibre <input type="checkbox"/> Trouble de la coordination <input type="checkbox"/> Troubles émotionnels <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (joindre rapport neuropsychologue si disponible)	<input type="checkbox"/> Perte d'audition <input type="checkbox"/> Atteinte visuelle (joindre rapports de l'ophtalmologiste et du spécialiste en orientation et mobilité si disponibles) <input type="checkbox"/> Problème(s) respiratoire(s) <input type="checkbox"/> Problème(s) cardiaque(s) <input type="checkbox"/> Etourdissements/vertiges <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Troubles digestifs (si oui, voir feuille annexée) <input type="checkbox"/> Allergies
Veuillez décrire les atteintes rapportées ci-haut :	
Voyez-vous une contre-indication ou avez-vous des réticences à ce que votre patient bénéficie d'un chien d'assistance au quotidien ?	
Veuillez joindre la liste de la médication de votre patient (e) ainsi que les doses quotidiennes requises.	

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

DATE

Rapport diabète

Diète	Calories par jour
Médication orale	Dose quotidienne
Insuline Posologie (matin)	Insuline Posologie (soir)
<p>Votre patient(e) se pique-t-il lui-même (se pique-t-elle elle-même) ? Oui ___ Non ___</p> <p>Votre patient(e) mesure-t-il lui-même (mesure-t-elle elle-même) son insuline ? Oui ___ Non ___</p> <p>Votre patient(e) ajuste-t-il lui-même (ajuste-t-elle elle-même) sa dose d'insuline ? Oui ___ Non ___</p> <p>Votre patient(e) vérifie-t-il lui-même (vérifie-t-elle elle-même) son taux de sucre? Oui ___ Non ___</p>	
Méthode utilisée pour vérification du taux de sucre :	
Date et rapport de la plus récente glycémie :	
Date et incidence du plus récent coma ou choc hypoglycémique :	
<p>_____</p> <p>_____</p>	
Décrivez toute diète spéciale et indiquez toute médication ainsi que les doses quotidiennes :	
<p>_____</p> <p>_____</p>	
Complications secondaires (neuropathie, néphropathie, etc.) Indiquez instructions spéciales et/ou suggestions :	
<p>_____</p> <p>_____</p>	
Date de l'examen sur lequel est basé ce rapport:	

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

DATE