

Rapport médical

Votre patient(e) a fait une demande de chien-guide auprès de la Fondation Mira. Notre formation, d'une durée de 4 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
	Taille
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"/> Étourdissements/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-guide au quotidien ?	
Veuillez joindre la liste de la médication de votre patient (e) ainsi que les doses quotidiennes requises.	

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

DATE

Pour patient(e) diabétique - Traitement

Diète :	Calories par jour :
Médication orale :	Dose quotidienne :
Insuline Posologie (matin) :	Insuline Posologie (soir) :
Votre patient(e) se pique-t-il lui-même (se pique-t-elle elle-même) ? Oui ___ Non ___	
Votre patient(e) mesure-t-il lui-même (mesure-t-elle elle-même) son insuline ? Oui ___ Non ___	
Votre patient(e) ajuste-t-il lui-même (ajuste-t-elle elle-même) sa dose d'insuline ? Oui ___ Non ___	
Votre patient(e) vérifie-t-il lui-même (vérifie-t-elle elle-même) son taux de sucre ? Oui ___ Non ___	
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 :	
Complications secondaires (neuropathie - néphropathie, etc.) Indiquez instructions spéciales et/ou suggestions:	
Date de l'examen sur lequel est basé ce rapport :	

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT_____
DATE