



Les Chevrières 6  
2926 Boncourt

Tél. : 032/475.12.22  
Fax : 032/475.12.00

**Fondation Gérard Burrus**  
**Les Chevrières**

*Résidence pour personnes âgées*  
*CH-2926 Boncourt*

[administration@chevrieres.ch](mailto:administration@chevrieres.ch)

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

(à remplir par le médecin traitant)

### DONNEES PERSONNELLES

Nom	_____	Prénom	_____
Adresse	_____	Localité	_____
Téléphone	_____	Date de naissance	_____
Poids	_____	Taille	_____

### AFFECTIONS ACTUELLES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ALLERGIES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TRAITEMENT ACTUEL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### EXAMENS PRATIQUES RECENTS (RX, ECG, LABO, AUTRES)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SEJOURS HOSPITALIERS

Date	Lieu	Diagnostic
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## VACCINATIONS RECENTES

Date	Vaccin	Date	Vaccin
_____	_____	_____	_____

## DEGRE DE DEPENDANCE

Peut manger	<input type="radio"/> Normalement	<input type="radio"/> Difficilement	
Peut s'habiller	<input type="radio"/> Normalement	<input type="radio"/> Difficilement	
Peut marcher	<input type="radio"/> Normalement	<input type="radio"/> Difficilement	<input type="radio"/> Pas du tout
Appareil auxiliaire	<input type="radio"/> Canne	<input type="radio"/> Déambulateur	<input type="radio"/> Chaise roulante

Incontinence urinaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Sonde vésicale à demeure	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Incontinence fécale	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Anus praeter	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Vue (lunettes)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
----------------	---------------------------	---------------------------

Ouïe (appareil auditif)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Gauche	<input type="radio"/> Droite	<input type="radio"/> Non
-------------------------	---------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------

Dentaire (prothèse dentaire)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Haut	<input type="radio"/> Bas	<input type="radio"/> Non
------------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------

Soins spéciaux	<input type="radio"/> Pansements : _____	<input type="radio"/> Autres : _____
----------------	--	--------------------------------------

Régime alimentaire	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Autre : _____
--------------------	------------------------------	-------------------------------------

Trouble cognitif	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
------------------	---------------------------	---------------------------

Orienté dans le temps et l'espace	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
-----------------------------------	---------------------------	---------------------------

Mini Mental Score : \_\_\_\_\_

Surveillance particulière \_\_\_\_\_

Evolution probable \_\_\_\_\_

Remarques / Divers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu et date :

Le Médecin traitant  
(timbre et signature)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A renvoyer au médecin de la Fondation des Chevrières

**Dr Gainon Jean**

**2926 Boncourt**