

Cette fiche est à renseigner par le médecin généraliste du stagiaire **avant son admission à Route Nouvelle, puis, tous les ans**. Le suivi de cette fiche est assuré par les infirmiers du centre.

Nom et prénom du patient :

Date :

Signature et tampon du médecin :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergie connue :

Nom et prénom du médecin généraliste :

.....

Le patient souffre-t-il :
d'une **douleur chronique** : OUI NON
de **démangeaisons cutanées** : OUI NON

Identification d'un handicap physique : OUI NON
Si oui, lequel :

Intérêt d'un bilan psychomoteur ? OUI NON

Transfusion sanguine dans les 3 mois précédant la prise en charge : OUI NON

- Antécédents crises d'épilepsies : OUI NON

- Infection (BMR) dans les 6 mois précédant la prise en charge : OUI NON

Si oui laquelle :

Poids : Taille :
IMC :

TA :
Pulsations :

Qualité du sommeil :

Tabac : Alcool :

Stupéfiant :

Suivi dentaire :

Vaccination antitétanique obligatoire :

Joindre un justificatif du médecin précisant la date du
dernier vaccin

Pour les femmes : moyen de **contraception** ?

OUI NON

Suivi gynécologique ?

OUI NON

Y-a-t-il une contre-indication à la pratique d'un de ces sports : OUI NON

Si oui, lequel :

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pelote Basque | <input type="checkbox"/> Sports collectifs | <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Piscine | <input type="checkbox"/> Escrime |
| <input type="checkbox"/> Fitness | <input type="checkbox"/> Footing | <input type="checkbox"/> Ping-pong | <input type="checkbox"/> Randonnées (plus de 15km) | |
| <input type="checkbox"/> Danse | <input type="checkbox"/> Sorties en vélo (plus de 20 km) | | | |

Surveillance spécifique :

Merci de bien vouloir joindre une copie du traitement médicamenteux somatique & le dernier bilan sanguin complet



Instructions : Répondez à chaque question en écrivant le nombre de points correspondant à votre réponse dans chaque case.

Dans quelle mesure les problèmes suivant vous concernent-ils ?

J'ai perdu du poids en raison de mes difficultés pour avaler.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

J'ai mal en avalant.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Mes difficultés pour avaler me limitent pour prendre mes repas à l'extérieur.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Le plaisir de manger est limité par mes problèmes de déglutition.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Avaler des liquides me demande des efforts.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Lorsque j'avale, la nourriture reste coincée dans ma gorge.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Avaler des solides me demande des efforts.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Je tousse quand je mange.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Avaler des pilules me demande des efforts.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Avaler est stressant.

0 = pas de difficultés
1
2
3
4 = difficultés sévères

Additionnez vos points et notez les ici :

Si le score total de l'EAT-10 est supérieur ou égal à 3, vous avez peut-être des difficultés pour avaler de façon efficace et sécurisée. Nous vous recommandons d'en parler avec votre médecin.