



QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Ce questionnaire est à remplir par le demandeur **ET** son médecin traitant.

Par le demandeur 1
Par le médecin traitant 2

Ce questionnaire est à remplir **par les personnes qui ne détiennent pas une carte « mobilité inclusion »** (précédemment carte d'invalidité, étoile verte ou équivalent).

Pour compléter ce questionnaire, vous pouvez :

- ✓ Soit le télécharger, l'enregistrer sur votre ordinateur et le remplir en version numérique
- ✓ Soit l'imprimer et le remplir au stylo

Ce questionnaire fait partie du dossier d'inscription. Il sera à remettre à votre agence TXIK TXAK.

À remplir par le demandeur

Nom et prénom :

Date de naissance :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Nom de la personne qui remplit ce questionnaire si ce n'est pas le demandeur :

.....

Lien avec le demandeur :

Épouse ou époux

Enfant

Tuteur ou curateur

Autre, précisez :

Dans la vie courante

Pour répondre aux questions suivantes, cochez la réponse qui correspond le mieux à vos capacités (une seule réponse par item).

Pour la prise de médicaments :

- Vous vous occupez vous-mêmes de la prise : dosage et horaires
- Vous pouvez les prendre vous-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- Vous n'avez pas la capacité de les prendre vous-même

Pour l'utilisation du téléphone :

- Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez, etc...
- Vous composez un petit nombre de numéros bien connus,
- Vous répondez au téléphone mais n'appelez pas,
- Vous êtes incapable d'utiliser le téléphone.

Pour gérer votre budget :

- Vous êtes autonome (faire des chèques, payer les factures),
- Vous vous débrouillez pour les dépenses au jour le jour, mais vous avez besoin d'aide pour planifier les grosses dépenses,
- Vous ne pouvez pas gérer vos dépenses au jour le jour.

À remplir par le médecin traitant

Problèmes locomoteurs :

- Séquelles de fracture ou de traumatisme
- Lombo-sciatique
- Maladie rhumatismale
- Troubles de la marche
- Arthrose invalidante
- Chutes
- Amputation

Problèmes cardiovasculaires :

- Infarctus
- Angine de poitrine
- Hypertension artérielle
- Artérite des membres inférieurs
- Troubles du rythme cardiaque
- Autres, précisez

Problèmes neurologiques :

Malaises

Épilepsie

Parkinson

Troubles de l'équilibre

Paralysie : Paraplégie

Paralysie : Hémiplégie

Autres, précisez

Problèmes respiratoires :

Insuffisance respiratoire

Bronchite chronique

Asthme

Autres, précisez

Problèmes sensoriels :

Troubles de la vue

Troubles de l'audition

Autres problèmes médicaux :

.....

Traitement suivi actuellement :

.....

Cachet et signature du médecin traitant