

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

A faire remplir LISIBLEMENT par votre MEDECIN TRAITANT

• **NOM** : Mr, Mme, Melle.....Prénoms.....
Date de naissance :..... Adresse.....
Code Postal..... VILLE.....
Téléphone..... Portable.....

• **ANTECEDENTS PRINCIPAUX** :

.....
.....
.....
.....
.....

• **PATHOLOGIES ACTUELLES** :

.....
.....
.....
.....
.....

<u>MEDICAMENTS</u>	MATIN	MIDI	SOIR	NUIT
Poids de la personne :				

JOINDRE LE DUPLICATA DE LA DERNIERE ORDONNANCE EN COURS

-Venez-vous à Loreto- Rome avec votre Fauteuil roulant..... **OUI**.........**NON**...

OBLIGATOIRE POUR LE SEJOUR :

- Carte Vitale et la carte européenne d'assurance maladie CEAM, individuelle et gratuite (à demander à la CPAM)
- Carte Mutuelle
- Dernière ordonnance (en cours)

Apporter obligatoirement les derniers résultats

PENDANT LE SÉJOUR :

- Piqures **OUI**.. **NON**..
- Insuline **OUI**.. **NON**..
- Pansements..... **OUI**.. **NON**..

AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE	NON	PARTIELLEMENT	COMPLETEMENT
Pour les déplacements			
Pour la toilette			

- Allergie alimentaire grave... **oui**.. **non** .. Laquelle.....
- Etes-vous appareillé la nuit (apnée du sommeil)..... **oui**.. **non** ..

DÉSIREZ VOUS NOUS COMMUNIQUER D'AUTRES ÉLÉMENTS VOUS CONCERNANT :.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom du médecin

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature