

Fiche de suivi médical



Renseignements personnels :

Nom :

Prénom :

Numéro de GSM :

Langue maternelle :

Vignette de mutuelle :

Date de Naissance :

Groupe sanguin :

Médecin traitant : **Tél. :**

Pharmacie de référence : **Tél. :**

Infirmier.e de référence : **Tél. :**

Contact en cas d'urgence : **Tél. :**

Contact en cas d'urgence : **Tél. :**

Hôpital de référence :

Appareil auditif : Oui Non

Lunettes / Lentilles : Oui Non

Prothèse dentaire : Oui Non

AFFECTIONS CHRONIQUES / ANTECEDENTS :

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs |
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Parkinson | |

ALLERGIES : Alimentaire :

Médicamenteuse :

Autre :

PACEMAKER : Non Oui

TRAITEMENT DIABÉTIQUE : Non Oui

Nom du traitement	Fréquence	Dosage

TRAITEMENT ANTICOAGULANT : Non Oui, lequel ?

TRAITEMENT CHRONIQUE :

Médicaments	Dosage	Fréquence de prise	Médicaments	Dosage	Fréquence de prise

TRAITEMENT PONCTUEL :

Médicaments	Date de début	Date de fin

APTITUDES HABITUELLES : (Entourez le nombre adéquat, sachant que 1 = déficitaire et 5 = très bon)

Orientation dans l'espace et le temps	1	2	3	4	5
Mobilité générale	1	2	3	4	5
Vue	1	2	3	4	5
Ouïe	1	2	3	4	5
Expression orale	1	2	3	4	5
Aphasie	1	2	3	4	5
Autre :	1	2	3	4	5

Date de mise à jour de la fiche :

Par qui (Nom/prénom/Fonction) ? :