

Fiche de suivi médical

Dernière mise à jour de la fiche :

Date : Par qui (Nom/prénom) ? :

Renseignements personnels :

Nom :

Prénom :

Numéro de GSM :

Langue maternelle :

Vignette de mutuelle :



Date de Naissance :

Groupe sanguin :

TRAITEMENT ANTICOAGULANT : ☐ Non ☐ Oui, lequel ?

TRAITEMENT ANTIDIABÉTIQUE : ☐ Non ☐ Oui

Nom du traitement	Fréquence	Dosage

ALLERGIES : ☐ Alimentaire :

☐ Médicamenteuse :

☐ Autre :

PACEMAKER : ☐ Non ☐ Oui

Médecin traitant : Tél. :

Pharmacie de référence : Tél. :

Infirmier.e de référence : Tél. :

Contact en cas d'urgence : Tél. :

Hôpital de référence :

AFFECTIONS CHRONIQUES / ANTECEDENTS :

- ☐ Asthme
 ☐ Dialyse
 ☐ Troubles cognitifs
☐ Bronchite chronique
 ☐ Epilepsie
 ☐ Autre :
☐ Diabète
 ☐ Parkinson

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

Appareil auditif : ☐ Oui ☐ Non

Lunettes / Lentilles : ☐ Oui ☐ Non

Prothèse dentaire : ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENT CHRONIQUE :

[illegible]

TRAITEMENT PONCTUEL :

[illegible]