

Fiche de renseignements médicaux

Fiche à remplir, éventuellement, avec l'aide de votre médecin traitant

Renseignements administratifs

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : __ / __ / _____

Responsable légal :

Mère _____ Père _____ Autre : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Mobile : _____

Nom et Téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Nom et Prénom de votre médecin Traitant : _____

Autorisation d'hospitalisation d'urgence pour les mineurs

Je soussigné, _____, tuteur légal de _____ autorise son hospitalisation en cas d'urgence pour intervention chirurgicale, transplantation sanguine, etc... si besoin.

Date et signature :

Renseignements médicaux :

Nature du Handicap : (description précise)

Antécédents médicaux : (Epilepsie, maladies, ...)

Antécédents chirurgicaux : (Opérations, Prothèses, ...)

Allergies connues : (Alimentaires, respiratoires, médicamenteuses, ...)

Vaccination :

Date du dernier rappel de la vaccination antitétanique : _____

Groupe sanguin : _____ ; emmener votre carte

Autres renseignements médicaux qui vous semblent pertinents :

Contraintes particulières : (régime alimentaire, aide aux transferts, ...)

Traitements en cours

Traitement médicamenteux en cours (copie d'ordonnance) :

Mobilité et Matériel

Mode de déplacement :

- Fauteuil Electrique
- Fauteuil manuel sans possibilité de se mettre debout
- Marche avec 1 canne
- Marche avec 2 cannes
- Marche avec déambulateur, rolator
- Marche sans canne

Equipement utilisé : (prothèse, orthèse, lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, ...)

Type de matériel à usage unique utilisé : (sondes, ...)

Votre médecin traitant

Docteur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fait le, __ / __ /20_____

Signature du responsable légal