www.itineraire-bis.eu

FICHE MÉDICALE

NOM : …… **PRÉNOM :** ……..

DATE DE NAISSANCE : ……. /……. /…….

GROUPE SANGUIN : …….. **POIDS :** …….. **TAILLE :** ……..

DON D'ORGANES :

☐ cocher cette case si vous ne voulez pas donner vos organes

ADMINISTRATIF :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : …… ☐ Prise en charge d'un 100%

MUTUELLE :

Nom de votre mutuelle : …… N° d'adhérent : ……

INFORMATIONS GÉNÉRALES

☐ Prothèses dentaire : ☐ haut ☐ bas
☐ Lentilles de contact ☐ Appareil auditif
☐ Pace Maker ☐ Arthrodèse
☐ Plaque, vis, clou, prothèse - Préciser : ……

PROBLÈMES MÉDICAUX / DE SANTÉ (Pathologies, problèmes cardiaque, épilepsie, etc.)

……
……
……
……
……
……
……

……

……

……

NOTES MÉDICALES (exemple : chirurgie)

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

ALLERGIES ET RÉACTIONS :

……

……

……

……

……

TRAITEMENTS MÉDICAUX :

……

……

……

……

……

……

……

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Personnes de référence)

Personne n°1 :

NOM : …… **PRÉNOM :** ……

N° DE TÉLÉPHONE : ……..

QUI EST CETTE PERSONNE POUR VOUS (sœur, mère, ami, femme, mari, etc.) :

……..

Personne n°2 :

NOM : ……**PRÉNOM :** ……

N° DE TÉLÉPHONE : ……..

QUI EST CETTE PERSONNE POUR VOUS (sœur, mère, ami, femme, mari, etc.) :

……..

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : ……**PRÉNOM :** ……..

N° DE TÉLÉPHONE : ……..

SPÉCIALISTE RÉFÉRENT :

NOM : ……

N° DE TÉLÉPHONE : ……..

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT : ……

……

SPÉCIALITÉ (Neuro, MPR, Cardio, psy, etc.) : ……

DIRECTIVES ANTICIPÉES

La directive anticipée est un document écrit, daté et signé par lequel une personne rédige ses volontés quant aux soins médicaux qu'elle veut ou ne veut pas recevoir dans le cas où elle serait devenue inconsciente ou elle se trouverait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature :