



FICHE MÉDICALE

www.itineraire-bis.eu

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.) :

