

DOSSIER MEDICAL

(A remplir par le médecin traitant)

Les médecins de l'Hospitalité Aveyronnaise prient le Médecin traitant de bien vouloir communiquer tous les renseignements concernant son patient et le remercient par avance.

Nom et Prénom : Date de naissance :

Téléphone : Age :

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIE PRINCIPALE:

.....
.....
.....
.....

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DU HANDICAP : Invalidité Importante ☐

GIR : Moyenne ☐

POIDS : *IMC* : Légère ☐

PROBLEMES PSYCHIATRIQUES :

.....

Désorientation ☐ Risque de fugue ☐

ALLERGIE :

.....

OXYGENE : Débit : Durée : Organisme Prestataire :

Pendant le transport :

Type d'appareillage : Extracteur ☐
Bouteille (O² liquide) ☐
Pression Positive Continue ☐

DIALYSE : Péritonéale ☐ Extra Corporelle ☐

Contact avec le centre de dialyse de Lourdes : Pris ☐

A prendre ☐ (aux soins des Médecins de l'Hospitalité)

SEROLOGIE : (Si connues) HIV : Hépatites :

TRAITEMENT AVEC POSOLOGIE : (Duplicata de la dernière ordonnance de préférence)

.....
.....
.....
.....
.....

Nom du médecin :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Cachet
Signature