

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 : Légère
IMC :

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 : Péritoneale 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