

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 :

INFORMATION COVID 19 :

ATCD d'infection au covid 19 :

Date de ou des infections :

Vaccination COVID 19 :

Nom du vaccin :

Date 1ère dose :

Date 2ème dose :

Date 3ème dose :

Date 4ème dose :

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)

