

## **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 (O<sub>2</sub> 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