

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 :

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIE PRINCIPALE :

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

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DU HANDICAP : Invalidité Importante
GIR : Moyenne
POIDS : Légère

COMPORTEMENT : Désorientation Risque de fugue anxiété sévère

ALLERGIE :

OXYGENE : Débit : Durée : Organisme Prestataire :

Pendant le transport :

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

DIALYSE : Péritonéale Extra Corporelle

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

FOURNIR LA DERNIERE ORDONNANCE COMPLETE

.....
Nom du médecin :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse mail :

cachet et signature