Fiche Médicale

A faire compléter par le médecin

Informations médicales confidentielles

Identité du participant

Nom :………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………..

Date de naissance :……………………………………………………………….

Le bénéficiaire est-il :

□ Majeur

□ Mineur

□ En minorité prolongée

□ Autre : ……………………………………………………….

Personne à contacter en cas de nécessité :

* Nom :…………………………………………………………………………..
* Adresse :…………………………………………………………………...………………………………………………………………………………….
* Téléphone : JOUR……………………………

SOIR…………………………….

Médecin traitant :…………………………..Tel :……………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………...Psychiatre :........................................Tel :...................................

Adresse :…………………………………………………………………………….

Spécialiste (Endocrinologue, nephrologue, …) :……………………….

Tel :……………………………….. Adresse :…………………………………….

………………………………………………………………………………………….

Le participant est atteint de :

□ Diabète

□ Asthme

□ Épilepsie

□ Somnambulisme

□ Handicap mental

□ Affection cardiaque

□ Affection cutanée

□ Rhumatisme

□ Handicap moteur

□ Autre :……………………………………………………………………………..

Maladie(s) antérieure(s) Du participant et/ou opérations subies :

………………………………………………………………………année :………………………………………………………………………………année :………………………………………………………………………………année :………………………………………………………………………………année :………………………………………………………………………………année :………

Groupe sanguin :………………………………………………………………….

A-t-il reçu du sérum antitétanique ? Oui-Non

En quelle année ?..........................

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui-Non

En quelle année ?..................... Date du dernier rappel : …../…../…..

Date du dernier test à la tuberculine et résultat :….........................

………………………………………………………………………………………….

Si test positif, depuis quand ?.......................

Le bénéficiaire est-il autonome dans son hygiène? OUI - NON

Est-il sensible aux refroidissements ? OUI - NON

Est-il vite fatigué ? OUI - NON

Est-il incontinent ? OUI - NON

Peut-il aller à la piscine, OUI - NON

sait-il nager ? OUI-NON

Est-il allergique à des médicaments ? OUI - NON

Lesquels ?.......................................................................................................................................................................................

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? OUI - NON

Lesquels ?.......................................................................................................................................................................................

Date et signature

………………………………

Autres Observations

* Médicaments à prendre (lesquels ? Quand ? Quantité ?), régime alimentaire, précautions à prendre, etc.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Emplacement pour une vignette délivrée par la mutuelle dûment complétée\*  \*Ne pas coller complètement | Emplacement pour une vignette délivrée par la mutuelle dûment complétée\*  \*Ne pas coller complètement |