

Fiche de suivi médical

Dernière mise à jour de la fiche :

Date : Par qui (Nom/prénom) ? :

Renseignements personnels :

Nom :

Prénom :

Numéro de GSM :

Langue maternelle :

Vignette de mutuelle :

Date de Naissance :

Groupe sanguin :

TRAITEMENT ANTICOAGULANT : Non Oui, lequel ?

TRAITEMENT ANTIDIABÉTIQUE : Non Oui

Nom du traitement	Fréquence	Dosage

ALLERGIES : Alimentaire :

Médicamenteuse :

Autre :

PACEMAKER : Non Oui

Médecin traitant : Tél. :

Pharmacie de référence : Tél. :

Infirmier.e de référence : Tél. :

Contact en cas d'urgence : Tél. :

Hôpital de référence :

