

FICHE PATIENT

Nom:

Prénom:

Date de Naissance :

N° de Tel:

Adresse:

Entourage- Personne Ressource:

1)

2)

INTERVENANTS:

Médecin Traitant:

Infirmier(e)s :

Pharmacie:

Auxiliaire de Vie:

Kiné:

Orthophoniste:

Pédicure:

Autre:

Allergies :

Antécédents:

Lunettes / Prothèses Dentaires
 Haut / Prothèses Auditives
 Droite
 Bas
 Gauche

Traitements

JE, soussigné(e) _____, autorise les professionnels de santé à utiliser ce dossier pour une bonne coordination de mes soins

DATE

Signature :