



FICHE DE SUIVI MÉDICAL

NOM/PRENOM DU PATIENT :

.....

DATE DE LA DERNIERE MISE A JOUR DE LA FICHE : / / / / / / / /
..... / / / / / / / /

Par le remplissage des documents relatifs à vos données personnelles et médicales ainsi que par l'apposition de l'autocollant et le dépôt de la boîte « Senior focus » dans votre frigo, vous marquez votre pleine adhésion au projet. Cela sous-entend également que vous avez été informés de l'accessibilité et de l'utilisation de l'ensemble de vos données personnelles et médicales (déposées dans la boîte « Senior focus ») par les services de secours afin de faciliter leur intervention. Ces données seront traitées en toute confidentialité et avec professionnalisme.

NUMERO D'URGENCE : **1733** **MÉDECIN GÉNÉRALISTE DE GARDE**

112 **URGENCES MEDICALES, POMPIER ET POLICE**

➤ MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

MÉDECIN TRAITANT : ☎ :

HOPITAL DE REFERENCE :

INFIRMIER DE REFERENCE : ☎ :

PHARMACIEN DE REFERENCE : ☎ :

PERSONNE DE CONTACT EN CAS D'URGENCE : ☎ :

VIGNETTE DE MUTUELLE :

NE RENSEIGNER QUE LES ÉLÉMENTS MÉDICAUX PERTINENTS EN CAS D'INTERVENTION PAR UN MÉDECIN REMPLAÇANT OU LE SERVICE DE GARDE OU LE SMUR, DANS LE BUT DE GARANTIR LA SÉCURITÉ DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS.

TRAITEMENT ANTICOAGULANT ? (COCHER LA CASE) ☐ NON - ☐ OUI, LEQUEL ?

TRAITEMENT CHRONIQUE :

MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE DE PRISE	DOSAGE	MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE DE PRISE	DOSAGE

TRAITEMENT PONCTUEL

MÉDICAMENTS	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MÉDICAMENTS	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN

ALLERGIES :

☐ ANTIBIOTIQUES :
☐ ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (ASPIRINE) ☐ AUTRE :

AFFECTIONS CHRONIQUES / ANTECEDENTS : (COCHER LA CASE)

☐ ALZHEIMER ☐ ARTHROSE ☐ ASTHME ☐ BRONCHITE CHRONIQUE
☐ DIABETE ☐ EPILEPSIE ☐ HEPATITE ☐ INCONTINENCE URINAIRE
☐ INSUFFISANCE RENALE ☐ PARKINSON ☐ AUTRE :

APTITUDES HABITUELLES (entourer le nombre adéquat sachant que 1 = déficitaire et 10 = très bon) :

ORIENTATION DANS L'ESPACE ET LE TEMPS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MÉMOIRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MOBILITÉ GÉNÉRALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VUE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OUÏE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAPACITÉ À COMPRENDRE ET À S'EXPRIMER EN FRANÇAIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUTRE :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APPAREILLAGE AUDITIF (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON

LUNETTES/LENTILLES (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON

PROTHESE DENTAIRE (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON

PRÉSENCE D'UN PACEMAKER (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON