

**Fiche de renseignements médicaux**

*Fiche à remplir, éventuellement, avec l’aide de votre médecin traitant.*

**Renseignements administratifs**

NOM : Prénom :

Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_

Adresse :

Téléphone Fixe :  Téléphone Mobile :

Nom et Téléphone de la personne à prévenir en cas d’urgence :

Nom et Prénom de votre médecin Traitant :

**Autorisation d’hospitalisation d’urgence pour les mineurs**

Je soussigné, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tuteur légal de  autorise son hospitalisation en cas d’urgence pour intervention chirurgicale, transplantation sanguine, etc… si besoin.

Date et signature :

**Renseignements médicaux :**

**Nature du Handicap : (description précise)**

**Antécédents médicaux : (Epilepsie, maladies, …)**

**Antécédents chirurgicaux : (Opérations, Prothèses, …)**

**Allergies connues : (Alimentaires, respiratoires, médicamenteuses, …)**

**Vaccination :**

Date du dernier rappel de la vaccination antitétanique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; emmener votre carte

**Autres renseignements médicaux qui vous semblent pertinents :**

**Contraintes particulières : (régime alimentaire, aide aux transferts, …)**

**Traitements en cours**

Traitement médicamenteux en cours (copie d’ordonnance) :

**Mobilité et Matériel**

**Mode de déplacement :**

❒Fauteuil Electrique

❒Fauteuil manuel sans possibilité de se mettre debout

❒Marche avec 1 canne

❒Marche avec 2 cannes

❒Marche avec déambulateur, rolator

❒Marche sans canne

**Equipement utilisé : (prothèse, orthèse, lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, …)**

**Type de matériel à usage unique utilisé : (sondes, …)**

**Votre médecin traitant**

Docteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait le, \_\_\_ /\_\_ /2019\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Signature du participant.