Fiche de renseignements médicaux

NOM : ..... PRENOM : .....

MOTIF D'ENTREE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

POIDS : ..... TAILLE : .....

ANTECEDENTS : .....

.....

.....

.....

.....

PATHOLOGIES ACTUELLES : .....

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENTS A L'ENTREE : .....

.....

.....

.....

ALLERGIES : .....

VACCINS : .....

REGIME : .....

PACE MAKER : .....

AUTRES PROBLEMES : .....

.....

CONDITIONS PARTICULIERES EN CAS DE DECES : .....

.....

SIGNATURE :