RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET ADMINISTRATIFS

|  |  |
| --- | --- |
| E:\Dropbox\PartageFifou\Com'OnWeb\2012-10 Estelle Margaine\03-Production\Wealyhip\E-book\Version Matthias\Logo V4.pngNOM |  |
| Nom de naissance |  |
| Prénom |  |
| Adresse | Date de naissance |
| Fixe : |
| Mobile : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sécurité sociale | Mutuelle | Assurance |
| Caisse :N° : | Nom :N° : | Nom :N° : |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nom, Adresse, Téléphone |
|  |  |
| COORDONNEES IMPORTANTES |  | Famille, proches | Personne(s) à prévenir |  |
|  |  |  |  |
|  | Médecin, soignants et aides à domicile | Médecin traitant |  |
|  | Infirmier à domicile |  |
|  | Autres intervenants à domicile |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  | Hôpital, clinique | Etablissement(s) de soins et service(s) où vous êtes suivi |  |
| Etablissement où vous préférez être orienté en urgence |  |
|  |  |  |  |
|  | Autres | Interprètes (si besoin),tutelle (si mesure de protection)  |  |
|  |

|  |
| --- |
| DOCUMENTS PRESENTS DANS LE WEALYHIP |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dernière(s) ORDONNANCE(S) |  | Carte de groupe sanguin |  |
| Electrocardiogramme |  | Attestation de sécurité sociale |  |
| Résultats d’analyses biologiques |  | Coordonnées de mutuelle |  |
| Résultats de radiographies, scanner, échographie |  | Coordonnées d’assurance (rapatriement) |  |
| Dates de la dernière vaccination antitétanique |  | Carte d’identité |  |
| Correspondances médicales |  | AUTRES : |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

****

Date de la dernière

mise à jour :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTS PERSONNELS |  | Médicaux |  |
|  |  |  |  |
|  | Chirurgicaux |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  | Allergies | Médicamenteuses |  |
| Alimentaires |  |
| Autres |  |
|  |  |  |  |
|  | Consignes ou Protocoles |  |
|  |
| Poids | Taille | Tension habituelle | Groupe sanguin | Vaccin contre le Tétanos |
|  |  |  |  | Date :  |
|  |  |  |  |
| Antécédents familiaux importants |
|  |
|  |
|  | TRAITEMENT ACTUEL |  |
|  |
|  |