

Santé de

I - Informations générales

Nom, prénom(s) :

N° de Sécurité Sociale :

Mutuelle Santé :

Nom et adresse du médecin traitant :

.....
.....

Nom et adresse du chirurgien-dentiste :

Nom et adresse de spécialistes autres (psychiatre, cardiologue, gynécologue, ophtalmologue, etc....) :

.....
.....

Identification du handicap :

Troubles du comportement connus :

.....
.....

Nécessité d'un appareillage : OUI NON

Si oui, lequel (auditif, dentaire, cardiaque, etc....) ? :

Nécessité de porter des lunettes ou lentilles de vue ? OUI NON

II – Vaccinations

| | Date de vaccination | Date de rappel |
|-----------|---------------------|----------------|
| Tétanos | | |
| Polio | | |
| Diphtérie | | |

III – Maladies importantes (diabète, épilepsie, hépatite B, etc....)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1 Document établi le :

IV – Opérations chirurgicales importantes

Type d'opération, date d'intervention, et conséquences éventuelles :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V – Allergies

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI – Personne de confiance

Une personne de confiance a –t-elle été désignée par la personne ?

OUI NON

Si oui, indiquez les nom, prénom, et adresse de la personne de confiance :

.....
.....
.....
.....
.....

VII – Observations ou précisions importantes à connaître

La personne a –t-elle manifesté un accord dans l'éventualité d'un don de ses organes suite à son décès ?

OUI NON

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....