



Cette boîte peut vous sauver la vie - Deze doos kan je leven redden
Une initiative de l'Échevinat des Seniors
Een initiatief van het Schepenaat van Senioren

FICHE DE SUIVI MÉDICAL

✓ **Merci de n'indiquer que les informations médicales pertinentes en cas d'intervention par un médecin remplaçant, le service de garde ou le SMUR. Ceci, dans le but de garantir la sécurité dans la continuité des soins.**

✓ **Merci de compléter ce formulaire uniquement en lettres MAJUSCULES.**

INFORMATIONS DE BASE :

PRENOM, NOM :

MEDECIN TRAITANT : TELEPHONE :

INFIRMIER.E : GSM :

PERSONNE DE CONTACT EN CAS D'URGENCE : TEL. :

HÔPITAL DE REFERENCE : GROUPE SANGUIN :

VIGNETTE DE MUTUELLE :

MON CARNET DE SANTE SE TROUVE (préciser l'endroit) :

AFFECTION(S) CHRONIQUE(S) :

-

-
-

TRAITEMENT(S) CHRONIQUE(S) :

MEDICAMENT	FREQUENCE DE PRISE	DOSAGE

TRAITEMENT ANTICOAGULANT : ☐ OUI ☐ NON – SI OUI, LEQUEL :

TRAITEMENT(S) PONCTUEL(S) :

MEDICAMENT	DATE DE DEBUT	DATE DE FIN

ALLERGIE(S) MEDICAMENTEUSE(S) (ANTIBIOTIQUE, ASPIRINE, AUTRE) :

APTITUDES HABITUELLES (NOTER DE 1 A 10, 1 = DEFICITAIRE ET 10 = TRES BON) :

ORIENTATION DANS L'ESPACE ET DANS LE TEMPS	
MOBILITE GENERALE	
MEMOIRE	
CAPACITE A COMPRENDRE ET A S'EXPRIMER EN FRANÇAIS	
VUE	
OUÏE	

APPAREILLAGE AUDITIF : ☐ OUI ☐ NON

LUNETTES : ☐ OUI ☐ NON

LENTILLES : ☐ OUI ☐ NON

PROTHESE(S) DENTAIRE(S) : ☐ OUI ☐ NON

DATE DE LA DERNIERE ACTUALISATION DE LA FICHE :/...../..... -/...../...../ -/...../.....