FICHE MÉDICALE (CONFIDENTIELLE)

Merci de remplir ce document lisiblement par une personne de référence ou par votre médecin

Nom :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Sexe : M - F Taille :, mètres Poids : Kg Groupe sanguin :

Numéro de téléphone des personnes à contacter en cas de problèmes :

1. Nom : N° de GSM :/.....

2. Nom : N° de GSM :/.....

Médecin traitant : Nom :

Adresse : rue : N° : bte :

code postal : Localité :

N° de téléphone :/.....

1. Antécédents

Année	Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux

2. Problèmes de santé à signaler : maladies, handicap ou trouble du comportement.

3. Allergies connues :

- médicaments :

○ aliments :

○ autres :

4. Vaccinations et dates (si le dernier rappel tétanos date de plus de 10 ans, en faire un avant le départ) :

5. Soins particuliers et surveillance médicale :

6. Précautions particulières :

Soins infirmiers	Surveillance médicale particulière

Sommeil	
Déplacement	
Alimentation, régimes	
Incontinence	
Autres	

J'autorise les médecins des Equipes Saint-Michel à prendre les décisions éventuelles pendant la durée du pèlerinage.

<i>cachet du médecin</i>

Date :/...../2016

Signature du médecin :

REMARQUE : Il est toujours utile d'ajouter une feuille d'informations complémentaires avec les habitudes de vie du pèlerin qui a besoin d'être accompagné.

POSOLOGIE (CONFIDENTIEL)

Merci de faire remplir ce document lisiblement et en lettre capitale par votre médecin traitant .

Nom : Prénom :

A besoin d'aide pour gérer ses médicaments : OUI NON

Coucher		
	Après	
Souper	Pendant	
	Avant	
	Après	
	Pendant	
16H	Avant	
	Après	
	Pendant	
	Avant	
Dîner	Après	
	Pendant	
Déjeuner	Avant	
Médicaments		