

FICHE MÉDICALE (CONFIDENTIELLE)

Si nécessaire, merci de faire remplir ce document lisiblement et en lettres capitales (ou par votre médecin traitant).

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 :

o médicaments :

o aliments :

o 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.

Date :/...../2018

Cachet du médecin :

Signature du médecin :

REMARQUE : Il est toujours utile d'ajouter une feuille d'information 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 : O OUI O NON

Coucher		
	Après	
	Pendant	
Dîner	Avant	
	Après	
	Pendant	
16h	Avant	
	Après	
	Pendant	
Déjeuner	Avant	
	Après	
	Pendant	
Petit déjeuner	Avant	
Médicaments		