**FICHE DE SUIVI MEDICAL**

NOM, PRENOM : ………………………………………………………………………………………………

MEDECIN TRAITANT : ……………………………………………………………………………………….

Dossier médical global **O**  Réseau Santé Wallon **O**

**Ne renseigner que les éléments médicaux pertinents en cas d’intervention par un médecin remplaçant ou le service de garde ou le SMUR, dans le but de garantir la sécurité dans la continuité des soins.**

TRAITEMENT CHRONIQUE :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ALLERGIES MEDICAMENTEUSES :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

AFFECTIONS CHRONIQUES :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

APTITUDES HABITUELLES (NOTER BONNE OU PLUS OU MOINS DEFICITAIRES) :

Orientation dans l‘espace et le temps : …………………………………………………………………………………………..

Mémoire : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Mobilité générale : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Vue : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Ouïe : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Capacité à comprendre et à s’exprimer en français : ……………………………………………………………………

Autre(s) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATE DE LA DERNIERE MISE A JOUR DE LA FICHE : ……/……./………

Ambulance / pompiers : 100

Numéro d’urgence général : 112

POLICE : **NUMERO D’URGENCE : LE 101 (24H/24)**