

DOSSIER MEDICAL D'INSCRIPTION
A remplir par le Médecin et/ou l'Infirmière Responsable

NOM & PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

MEDECIN TRAITANT :

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX :

TRAITEMENT ACTUEL :

ANTECEDENTS MEDICAUX & CHIRURGICAUX :

REGIME :

GROUPE SANGUIN :

ALLERGIES :

POIDS & TAILLE :

Soins Infirmiers actuels (avec fréquence) & Attentions particulières :

Matériels de mobilité (fauteuil roulant, cannes, déambulateur, oxygène, pompe de nutrition) :

Autres remarques Vaccins, Vaccinations, Allergies, Partenaires de santé (kiné, orthophoniste, pédicure, psychologue)