## FICHE DE SUIVI MÉDICAL NOM/PRENOM: DATE DE LA DERNIÈRE MISE À JOUR DE LA FICHE : .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... **NUMÉROS D'URGENCE:** 1733 MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE GARDE **URGENCES MÉDICALES, POMPIERS ET POLICE** MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES MÉDECIN TRAITANT: ..... MÉDECIN TRAITANT: ..... INFIRMIER DE REFERENCE : ..... PERSONNE DE CONTACT EN CAS D'URGENCE : ...... 🕾 ...... **VIGNETTE DE MUTUELLE:** NE RENSEIGNER QUE LES ÉLÉMENTS MÉDICAUX PERTINENTS EN CAS D'INTERVENTION PAR UN MÉDECIN REMPLACANT, LE SERVICE DE GARDE OU LE SMUR, DANS LE BUT DE GARANTIR LA SÉCURITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SOINS. VOTRE GROUPE SANGUIN: \_\_\_\_\_ RHÉSUS: \_\_\_\_\_ **TRAITEMENTS CHRONIQUES:** FRÉQUENCE **FRÉQUENCE MÉDICAMENTS** DOSAGE **MÉDICAMENTS** DOSAGE **DE PRISE DE PRISE**

TRAITEMENT ANTICOAGULANT? (COCHER LA CASE) 
NON - OUI, LEQUEL? .....

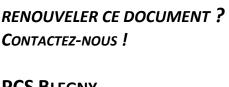
## **TRAITEMENTS PONCTUELS:**





MÉDICAMENTS	DATE DE DÉBUT	DATE DE	:	MÉDICAMENTS					OATE D DÉBUT		DATE FIN	
			╬									
			+									
			+									
			$\bot$									
			╂									
_			$\blacksquare$									
			-									
ALLERGIES:												
☐ ANTIBIOTIQUES :												
☐ ANTI-INFLAMMATO	IRES NON STERO	ÏDIENS (AS	SPIRIN	IE)		AUTR	E :		•••••			
AFFECTIONS CHRON	IQUES / ANTEC	EDENTS :	(COCH	HER LA	CASE)							
☐ ALZHEIMER ☐ ARTH	irose 🗆 asthi	ME 🗆	BRON	ICHITE	CHRON	IQUE						
☐ DIABÈTE ☐ ÉPILE	PSIE HÉPA	ГІТЕ 🗆	INCO	NTINEN	ICE URI	NAIRE						
☐ INSUFFISANCE RÉNALE	☐ PARKI	nson $\Box$	] AUTR	E:								
HÔPITAL DE	RÉFÉRENCE :											
三二三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三三												
APTITUDES HABITUE	ILES (ENTOLIDED LE	NOMBDE ADE	ÉOUAT	SACHAN	T OUE <b>1</b>	- néci	CITAIDE	ET 10 -	- TDÈC I	RON)		
ORIENTATION DANS L'ESPA	· ·	NOWINE ADI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MÉMOIRE			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MOBILITÉ GÉNÉRALE			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VUE			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OUÏE			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAPACITÉ À COMPRENDRE ET À S'EXPRIMER EN FRANÇAIS			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUTRE:			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				<u> </u>								
APPAREILLAGE AUDITIF (COCHER LA CASE) : ☐ OUI					ON							
LUNETTES, LENTILLES (COCHER LA CASE) :   OUI					ON							
PROTHÈSE DENTAIRE (COC	•				ON							





**PCS BLEGNY** 

RUE DE LA STATION 54 – 4670 BLEGNY

BESOIN D'AIDE POUR COMPLÉTER OU









04 345 91 76 04 345 91 79



AUJOURD'HUI, DEVENEZ ACTEUR DE VOTRE SANTÉ ADHÉREZ GRATUITEMENT AU RÉSEAU SANTÉ WALLON

- ÉCHANGES SIMPLIFIÉS DE VOS DONNÉES DE SANTÉ INFORMATISÉES
- ENTRE LES PROFESSIONNELS QUI VOUS SOIGNENT
- SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ OPTIMALES

PLUS D'UN WALLON SUR QUATRE EST DÉJÀ INSCRIT... ET VOUS ?1

> PLUS D'INFORMATIONS SUR WWW.RESEAUSANTEWALLON.BE, AUPRÈS DE VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU DE VOTRE MUTUELLE.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Informations reprises du *flyer* de présentation du Réseau Santé Wallon