



Informations de santé

Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Tél :

Email :

Médecin(s) spécialiste(s) (Nom - spécialité - coordonnées):

-
-
-

Médecin adresseur :

Nom :

Prénom :

Tél :

Mail :

Liste des autres correspondants : médicaux, paramédicaux et pharmacie habituelle:

-
-
-
-

Conseil et documents à apporter lors du rdv médical :

- Carte identité ou passeport ou carte de séjour.
 - Carte VITALE et de Mutuelle.
 - Ordonnances actuellement en cours.
 - Avez-vous créé « [Mon espace santé](#) » pour le patient aidé ? Oui Non
- Si non faites le sur : www.monespacesante.fr.

Faites-vous aider par votre médecin pour compléter le questionnaire ci-dessous.

Motif de la demande (en complément de la lettre du médecin traitant) :

Données morphologiques :

Poids : kg

Taille : m cm

Antécédents personnels :

Cause du handicap :

Pathologie :

Consommation de produits addictifs :

Vaccination à jour : Oui Non

Allergies : Oui Non

Précisez :

Antécédents anesthésiques (Méopa, autre) :

Antécédents de chutes :

Fumeurs : Oui Non

Autres :

Traitements :

Traitement actuel (apporter la copie de ou des ordonnances actuelles) :

Résultats des examens et analyses médicales récentes :

Contre-indications médicamenteuses connues : Oui Non

Si oui, lesquels :