

FICHE MEDICALE

NOM :

PRENOM :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT :

POIDS :

TAILLE :

T.A :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

PATHOLOGIES :

TRAITEMENT ACTUEL :

DOIT ETRE AIDE A LA PRISE DES MEDICAMENTS :

Oui

Non

SOINS INFIRMIERS EN COURS :

DATE :

SIGNATURE :