

Fiche patient remarquable

Identité du patient

M

Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Pathologies

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Connaissance du diagnostic par le patient :

Autres informations importantes :

Antécédents et facteurs aggravants :

Traitements en cours (grandes classes thérapeutiques)

Anticoagulant :

Antidiabétique :

Antiagrégant :

Immunosuppresseurs :

Antiépileptique :

Neuroleptiques :

Si autres, préciser :

Points particuliers

Respiratoire : Trachéotomie

Respirateur

Ventilation nocturne

Oxygène

Quelle est la position ou l'installation requise ?

Nécessité d'être accompagné(e) :

Allergies médicamenteuses :

Si oui, préciser :

Autres points particuliers importants :

Directives anticipées et limitations thérapeutiques

Directives anticipées pour le patient :

Limitations thérapeutiques :

Si oui, quelles directives anticipées et/ou limitations ?

Suivi médical spécialisé : établissement de santé ou de référence

Nom et lieu du service

Nom du professionnel référent

N° de téléphone du professionnel référent

Suivi quotidien du patient

Le patient fait-il l'objet de soins quotidiens ?

Si oui, par qui ?

Nom de la structure

Localité

N° tel

Le patient vit-il seul à domicile ?

Habitudes de vie

Autres informations importantes :

ALIMENTATION :

Autonomie dans la prise alimentaire :

Spécificités pour les aliments :

Troubles de la déglutition/fausses routes :

DEPLACEMENT :

Autres informations importantes :

Autonomie dans les déplacements :

Autonomie dans les transferts :

Besoins spécifiques :

COMMUNICATION :

Type de communication : Verbale

Écrite

Numérique

Gestuelle

Pictogramme
et/ou photos

Aucune

Compréhension verbale :

CONTINENCE :

Autonomie dans la continence :

TOILETTE :

Autonomie pour la toilette :

VACCINATIONS A JOUR :

Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

Coqueluche

Rougeole, oreillons, rubéole

Hépatite B

Pneumocoque

Inf. invasive à Haemophilus
influenza type B

Méningocoque

Grippe - date de dernière vaccination :

COVID-19 - date de dernière vaccination :

Contact avec une personne porteuse de BMR/BHRE :

Médecin traitant

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone médecin traitant :

Pharmacie

Nom de la pharmacie de ref :

N° de téléphone pharmacie :

Personne ou service de référence

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Lien/rôle avec la personne :

Si autre lien/rôle, préciser :

Responsable de la rédaction

Date de rédaction :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Lien avec la personne :

Accord du patient ou de son
représentant légal pour la
transmission des informations :

Oui

Non