



IMPRIME

IM 700 SMS 09

INDICE

Date: 15/06/10

FICHE SANITAIRE

1/2

0

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Vaccination :

Vaccins pratiqués

Dates

DT Polio		
DT Coq		
Rappels		
Hépatite B		
Antituberculeux (BCG)		
Antivariolique		
Autres vaccins		

En l'absence de vaccination, donner le motif

.....
.....

Injection de sérum, nature et date

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : (diabète, épilepsie, cardiopathie, allergie, appendicectomie, accident...)

Renseignements sur le Handicap : nature, origine, évolution

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



IMPRIME

IM 700 SMS 09

INDICE

Date: 15/06/10

FICHE SANITAIRE

2/2

0

Médecin (s) traitants (s) qui suit la personne handicapée :

Nom : Adresse..... Tel
.....

Nom Adresse..... Tel
.....

Suivi psychiatrique effectué par :

Nom..... Adresse.....
Tel

Soin/traitement médical en cours : : NON OUI **Si oui, joindre la photocopie de l'ordonnance**

.....
.....
.....

Hospitalisation antérieure Oui Non
Lieu

.....
.....
.....
.....

Date.....

Recommandations de la personne handicapée, des parents, du tuteur : Allergies, situation particulière, régime...

.....
.....
.....
.....