

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Relais
02.51.74.72.85

Le Fil de l'eau
55, avenue de Bodon
44250 St-Brévin-les-Pins
Tél. : 02.51.74.....
- Carrelet 72.67
- Crique 72.79
- Etang 72.73
- Estran 72.62

Le Bocage
7, rue des Cardères
44320 St-Père-en-Retz
Tél : 02 40 21 87 60
Fax : 02 51 74 52 39

Les Ormes
Impasse des Ormes
44320 St-Père-en-Retz
Tél. 02 51 74 04 23

La Boissière
70, avenue de Mindin
44250 St Brévin les Pins
Tél. 02 40 21 05 71

RÉSIDENT

NOM et PRÉNOM.....

DATE et LIEU de NAISSANCE.....

ADRESSE.....

TÉLÉPHONE.....

MESURE DE PROTECTION (préciser le nom/adresse/téléphone)
☐ tutelle

☐ Curatelle.....

MÉDECIN TRAITANT ACTUEL (Nom, Prénom, Adresse)

.....

Téléphone..... Télécopie.....

En vue du séjour au Foyer de Vie "les Abris de Jade" à Saint Brévin les Pins de :

M./Mme/Mlle

Vous seriez aimable de bien vouloir demander à son Médecin Traitant de remplir la feuille ci-jointe, pour permettre un meilleur suivi médical.

Joindre une photocopie des certificats de vaccination

QUESTIONNAIRE

NOM.....

Date de naissance :.....

Prénom.....

ANTÉCÉDENTS (et en particulier nature et origine du handicap, opérations chirurgicales...)

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

PATHOLOGIE ACTUELLE

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

TRAITEMENTS SUIVIS (et surveillance particulière à envisager)

Produits	Dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐

Contraception ☐ oui ☐ non (de quel type)

SOINS EN COURS

Date de début : _____ Date de fin : _____

.....
.....

PROTOCOLE : ☐ agitation, ☐ épilepsie, ☐ transit, ☐ autres (préciser) :

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

ALLERGIES CONNUES

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

OBSERVATIONS

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

Date :

Signature et Cachet du médecin traitant