

Fiche patient remarquable

Identité du patient

Nom de naissance :		Ville de naissance :	
Prénom de naissance :		Département de naissance :	
Date de naissance :		Pays de naissance :	
Sexe :	Masculin ☐ Féminin ☐		
		N° de téléphone :	01 02 03 04 05

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 ☐