

Date de l'appel :
Date de la consultation infirmière 1 :
Date de la consultation infirmière 2 :
Date de la consultation médicale 1 :
Date de la consultation médicale 2 :

Fiche de renseignements à transmettre à : ide.valconsult@ilvm.fr

Cette fiche peut être remplie par : le patient / le proche aidant / la structure d'accueil / le médecin traitant.

Celle-ci a pour but d'évaluer les besoins du patient et de mettre en place les moyens techniques ou humains nécessaires.

Consultation demandée :

Prise de sang
ECG
Lavage d'oreilles
Pédicurie
Médecine générale

Ophtalmologie
Rhumatologie
Neuropédiatrie
Gynécologie
(fiche complémentaire à remplir)
Dermatologie

Identité

Nom : _____ Sexe : Féminin Masculin
Prénom : _____
Date de naissance : _____ Age : _____ Dossier MDPH : Oui Non En cours
Numéro de sécurité sociale* : _____
*Pour les enfants, merci de renseigner le numéro du parent sur lequel les droits sont ouverts
Statut juridique : Pas de mesure de protection Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée
 Sauvegarde de justice Mineur émancipé

Coordonnées

Lieu d'habitation : Domicile Etablissement médico-social

Adresse postale :
CP : _____ Ville : _____

Établissement médico-social fréquenté : _____ Ville : _____

Cordonnées de la Personne qui fait la demande si vous n'êtes pas le parent

Nom : _____
Prénom : _____
Email : _____
Téléphone : _____
Lien avec le patient (aidant, professionnel ...) : _____
Nom du médecin référent : _____
Lieu d'exercice : _____

Cordonnées des parents

Nom : _____
Prénom : _____
Email : _____
Téléphone : _____

Téléphone

Données médicales

Poids : _____ Taille : _____
Allergie médicamenteuse / alimentaire : Oui Non Préciser: _____

Pathologie et antécédents

Épilepsie Autres, précisez _____
Diabète
HTA **Pathologie à l'origine du handicap**
Pathologie cardiaque

Traitement actuel (**joindre l'ordonnance**) : _____

