COMMUNE BIÉVÈNE

FICHE MEDICALE

NOM: ……

PRENOM: ……

COPIE CARTE D'IDENTITE	NUMEROS D'URGENCE
Ou une photo récente	**112** Urgences **101** Police **074 450 450** Centre anti-poison

NUMEROS DE TELEPHONE IMPORTANTS

Médecin traitant: …… **TEL:** ……

Spécialiste traitant: …… **TEL:** ……

Infirmier (éventuel): …… **TEL:** ……

Pharmacien: …… **TEL:** ……

Ne renseignez que les éléments médicaux utiles et pertinents en cas d'intervention des services d'urgences.

MALADIES CONNUES – MEDICAMENTS HABITUELS

☐ **Vaccin Covid-19, date**: …… ☐ Alzheimer ☐ Asthme

☐ Bronchite chronique ☐ Diabète ☐ Epilepsie ☐ Hépatite ☐ Insuffisance rénale ☐Parkinson

☐ Autre:

GROUPE SANGUIN	ANTICOAGULANTS?
☐**A +** ☐**A -** ☐**AB +** ☐ **AB -** ☐**B +** ☐ **B -** ☐ **O +** ☐ **O -**	☐ **NON** ☐ **Si oui, lequel?** ……

Directives anticipées : dernières volontés sur les soins en fin de vie

- si vous avez fait une déclaration écrite appelée directives anticipées pour préciser vos souhaits concernant votre fin de vie , mettez-en une copie dans votre boîte jaune..

- **N'avez-vous pas encore rédigé des directives anticipées, parlez-en avec votre médecin, votre famille,…**

ALLERGIES / ALLERGIES MEDICAMENTEUX

Si oui, lesquelles? .....
.....
.....
.....
.....

DISPOSITIFS MEDICAUX

☐ Pacemaker ☐ Lunettes ☐ Dentier ☐ Appareil auditif ☐ Autre: .....

INTERVENTIONS MEDICALES RECENTES

Si oui, lesquelles? .....
.....
.....
.....
.....

APTITUDES HABITUELLES

Orientation dans l'espace et le temps	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Mémoire	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Mobilité générale	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Vue	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Ouïe	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Parle le néerlandais	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Comprends le néerlandais	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
Autre(s):	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
.....	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais
.....	☐ Bonne	☐ Moyenne	☐ Mauvais

PERSONNES DE CONTACT

Personne de contact 1

Nom: .....
Téléphone: .....
Relation: .....

Personne de contact 2

Nom: .....
Téléphone: .....
Relation: .....

Personne de contact 3

Nom: .....
Téléphone: .....
Relation: .....

Personne de contact 4

Nom: .....
Téléphone: .....
Relation: .....

DATE DERNIERE MISE A JOUR

Complétez également le schéma de médicaments! Ne mettez pas de médicaments dans la boîte!