

Santé de .....

### I - Informations générales

Nom, prénom(s) : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Mutuelle Santé : .....

Nom et adresse du médecin traitant :

.....  
.....

Nom et adresse du chirurgien-dentiste :

Nom et adresse de spécialistes autres (psychiatre, cardiologue, gynécologue, ophtalmologue, etc....) :

.....  
.....

Identification du handicap : .....

Troubles du comportement connus :

.....  
.....

Nécessité d'un appareillage : OUI  NON

Si oui, lequel (auditif, dentaire, cardiaque, etc....) ? : .....

Nécessité de porter des lunettes ou lentilles de vue ? OUI  NON

### II – Vaccinations

|           | Date de vaccination | Date de rappel |
|-----------|---------------------|----------------|
| Tétanos   | .....               | .....          |
| Polio     | .....               | .....          |
| Diphtérie | .....               | .....          |

### III – Maladies importantes (diabète, épilepsie, hépatite B, etc....)

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

1 Document établi le : .....

#### IV – Opérations chirurgicales importantes

Type d'opération, date d'intervention, et conséquences éventuelles :

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

#### V – Allergies

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

#### VI – Personne de confiance

Une personne de confiance a –t-elle été désignée par la personne ?

OUI  NON

Si oui, indiquez les nom, prénom, et adresse de la personne de confiance :

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

#### VII – Observations ou précisions importantes à connaître

La personne a –t-elle manifesté un accord dans l'éventualité d'un don de ses organes suite à son décès ?

OUI  NON

Autres :

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