

**DOSSIER MEDICAL  
ACCUEIL DE JOUR**

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :      Monsieur       Madame

NOM de naissance       Prénom(s)   
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Date de naissance      /      /

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux	PATHOLOGIES ACTUELLES

**TRAITEMENTS EN COURS**

**ALLERGIES** OUI  NON       Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUES	OUI	NON
Alcool		
Tabac		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTES	NE SAIT PAS	OUI	NON
Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Préciser la date			

**FONCTIONS SENSORIELLES**      OUI      NON

Cécité           

Surdité           

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**  
 OUI  NON

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)**

Date      /      /

Signature

Cachet du Médecin