

FICHE D'IDENTITÉ

À REMETTRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Merci de rendre cette fiche au patient ou à sa famille à la sortie.



 **N'oubliez pas une pièce d'identité, vos lunettes, vos appareils auditifs.**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COORDONNÉES DES PROCHES

Nom / Prénom

Lien de parenté

Téléphone

ALLERGIES OUI NON

STATUT VACCINAL COVID - TÉTANOS - GRIPPE : _____

MARCHE OUI NON **DÉAMBULATEUR / CANNE** OUI NON

CONTINENCE OUI NON **AUTONOME REPAS** OUI NON

INTERVENANTS

MÉDECIN TRAITANT : _____ **TÉL :** _____

INFIRMIER : _____ **TÉL :** _____

PHARMACIEN : _____ **TÉL :** _____

SERVICE DE SOINS À DOMICILE _____ **TÉL :** _____

BOÎTES À CLÉS OUI NON **CODE :** _____

TUTEUR : _____ **TÉL :** _____

TRAITEMENTS

ANTÉCÉDENTS

DATE : __/__/__

SIGNATURE :

Merci de rendre cette fiche au patient ou à sa famille à la sortie.