PROVINCE DE LUXEMBOURG

SENIOR FOCUS

FICHE DE SUIVI MÉDICAL

NOM/PRENOM DU PATIENT :

……

DATE DE LA DERNIERE MISE A JOUR DE LA FICHE : …./…./…. …./…./…. …./…./…. …./…./….

…./…./…. …./…./…. …./…./…. …./…./….

NUMERO D'URGENCE : **1733** **MÉDECIN GÉNÉRALISTE DE GARDE**

112 **URGENCES MEDICALES, POMPIER ET POLICE**

- MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

MEDECIN TRAITANT : …… ☎: ……

INFIRMIER DE REFERENCE : ……☎: ……

PERSONNE DE CONTACT EN CAS D'URGENCE : ……☎: …… ……

VIGNETTE DE MUTUELLE :

NE RENSEIGNER QUE LES ÉLÉMENTS MÉDICAUX PERTINENTS EN CAS D'INTERVENTION PAR UN MÉDECIN REMPLAÇANT OU LE SERVICE DE GARDE OU LE SMUR, DANS LE BUT DE GARANTIR LA SÉCURITÉ DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS.

TRAITEMENT CHRONIQUE :

MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE DE PRISE	DOSAGE	MÉDICAMENTS	FRÉQUENCE DE PRISE	DOSAGE

TRAITEMENT ANTICOAGULANT ? (COCHER LA CASE) ☐ **NON** - ☐ **OUI, LEQUEL ?** ……

TRAITEMENT PONCTUEL

MÉDICAMENTS	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MÉDICAMENTS	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN

ALLERGIES :

☐ ANTIBIOTIQUES : ……

☐ ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (ASPIRINE) ☐ AUTRE : ……

AFFECTIONS CHRONIQUES / ANTECEDENTS : (COCHER LA CASE)

☐ ALZHEIMER ☐ ARTHROSE ☐ ASTHME ☐ BRONCHITE CHRONIQUE

☐ DIABETE ☐ EPILEPSIE ☐ HEPATITE ☐ INCONTINENCE URINAIRE

☐ INSUFFISANCE RENALE ☐ PARKINSON ☐ AUTRE : ……

HOPITAL DE REFERENCE :

……

APTITUDES HABITUELLES (entourer le nombre adéquat sachant que 1 = déficitaire et 10 = très bon) :

ORIENTATION DANS L'ESPACE ET LE TEMPS	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MÉMOIRE	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MOBILITÉ GÉNÉRALE	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VUE	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OUÏE	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CAPACITÉ À COMPRENDRE ET À S'EXPRIMER EN FRANÇAIS	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUTRE : ……	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APPAREILLAGE AUDITIF (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON

LUNETTES/LENTILLES (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON

PROTHESE DENTAIRE (COCHER LA CASE): ☐ OUI – ☐ NON

COORDONNEES DE LA PERSONNE EN CHARGE DU PROJET SENIOR FOCUS SUR VOTRE COMMUNE

(OBTENIR UNE AIDE POUR COMPLETER OU RENOUVELER LE DOCUMENT)

NOM : ……..

PRÉNOM: ……..

SERVICE : ……

ADRESSE :

……

……

TEL : ……..

Réseau Santé Wallon

LA MÉDECINE ÉVOLUE

VOUS AVEZ UN RÔLE À JOUER

AUJOURD'HUI, DEVENEZ ACTEUR DE VOTRE SANTÉ
ADHÉREZ GRATUITEMENT AU RÉSEAU SANTÉ WALLON

- **ÉCHANGES SIMPLIFIÉS** DE VOS DONNÉES DE SANTÉ INFORMATISÉES
- **ENTRE LES PROFESSIONNELS QUI VOUS SOIGNENT**
- SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ OPTIMALES.

PLUS D'UN WALLON SUR QUATRE EST DÉJÀ INSCRIT… ET VOUS ?[1]

➢ PLUS D'INFORMATIONS SUR WWW.RESEAUSANTEWALLON.BE, AUPRÈS DE VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU DE VOTRE MUTUELLE.

[1] Informations reprises du flyer de présentation du Réseau Santé Wallon