



**FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE ROMANS FERRARI**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**pour**  
**HEBERGEMENT**

**DE :**

**PARTIE MEDICALE**

## I. FICHE MEDICALE

**Nom du médecin traitant :** .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Nom et adresse de l'établissement hospitalier préféré en cas d'urgence\* :**

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

\*il est admis par les référents légaux qu'en cas d'urgence et en fonction des capacités d'accueil de l'établissement hospitalier, cette préférence pourra ou pas être suivie

**Groupe sanguin :** .....

A-t-il été vérifié : .....

Si oui, à quelle date : .....

**Date des dernières vaccinations :**

DT COQ POLIO : .....

BCG : .....

Anti-grippale : .....

COVID 19 : .....

**La personne a-t-elle un régime alimentaire :**

Si oui, précisez : .....

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

**Est-elle allergique à certains produits :**

Si oui, lesquels : .....

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

**Est-elle allergique à certains aliments :**

Si oui, lesquels : .....

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

**Utilise-t-elle un contraceptif :** .....

Si oui, lequel : .....

## II. SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

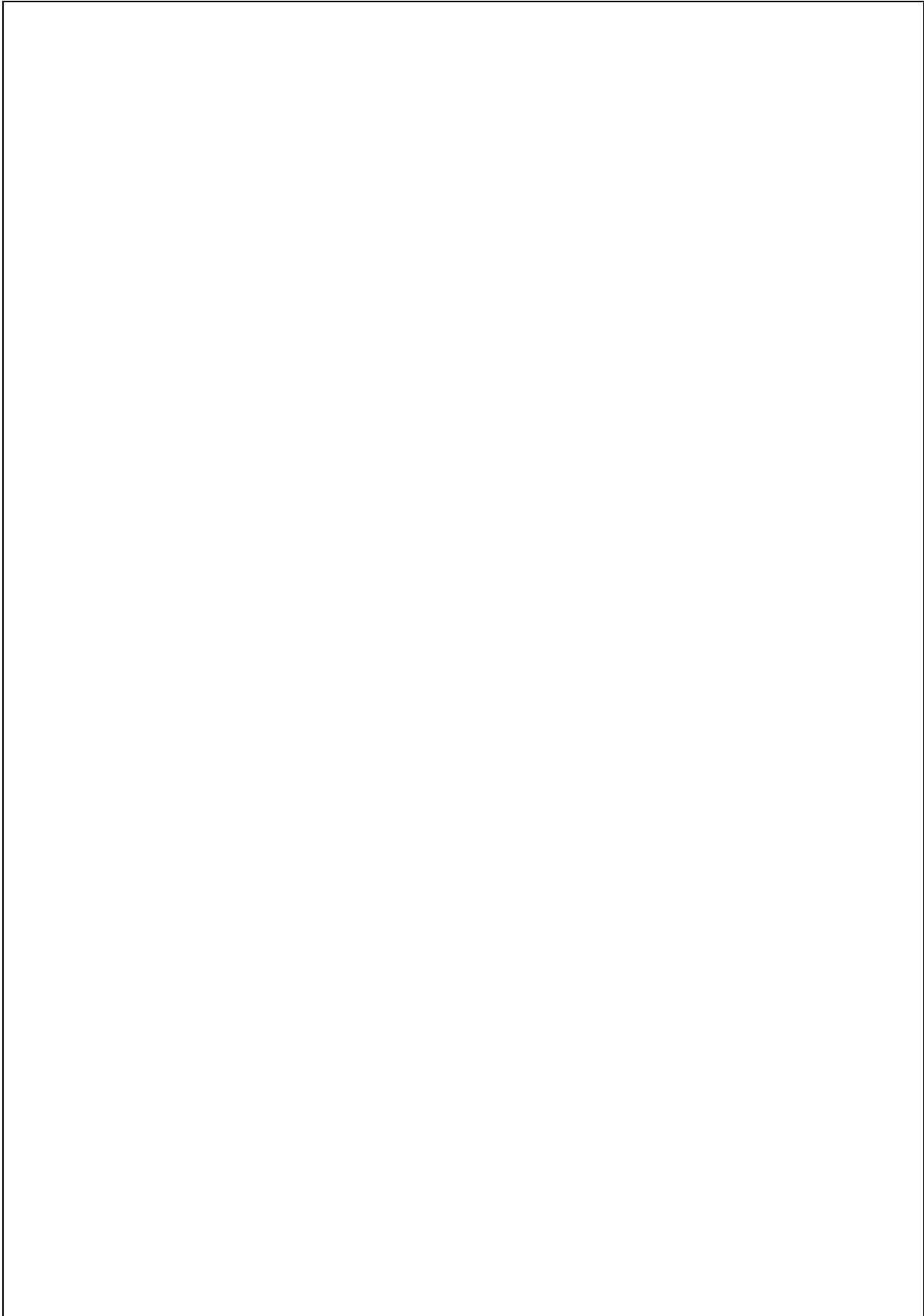
### ANTECEDENTS :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents médicaux :

**III. HISTORIQUE DU HANDICAP**





#### IV. SOINS ET TRAITEMENT EN COURS

Nature des soins médicaux
<b>Médecin généraliste :</b>
<b>Médecin rééducateur :</b>

**Nature des soins médicaux (suite)**

**Médecin psychiatre :**

**Autre à préciser :**

**Des avis spécialisés sont-ils régulièrement sollicités ou à solliciter ?**

**Date et nature des prochaines consultations prévues :**

**Dates et nature des examens complémentaires prévus :**

<b>Nature des soins paramédicaux et des prises en charge spécifiques</b>
<b>Infirmière :</b>
<b>Kinésithérapie :</b>
<b>Psychologue :</b>
<b>Ergothérapeute :</b>
<b>Psychomotricien :</b>
<b>Orthophoniste :</b>
<b>Autre à préciser :</b>