

Date :
Adressé par :

N°

Coordinateur d'appui :

Insuf.Card. Risque Artériel Asthme BPCO Diabète

Nom et Prénom

Né le :

Adresse :

Tél. fixe :

Mobile :

Courriel :

Couverture sociale

N° SS :

Caisse :

CMU C

Complémentaire : oui non

Correspondants médicaux et paramédicaux

MG : **coordonnées :**

M Spé :

-

-

-

IDE :

prise en charge en cours :

Autres :

Données socio-économiques

Situation familiale :

Nombre d'enfants et proximité :

Profession :

Actif :

Retraité :

Autonomie / mobilité / lieu de vie :

Aide à domicile

Personne ressource :

Ressources et aides financières :

Données médicales

Poids/taille	IMC	PA	Hb1C/glycémie	EFR/VEMS
--------------	-----	----	---------------	----------

ATCD et Facteurs de risques :

Traitements :

Hospitalisations / passages aux urgences depuis 1 an :

Suivi médical