

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
<b>ATCD et Facteurs de risques :</b>				
<b>Traitements :</b>				
<b>Hospitalisations / passages aux urgences depuis 1 an :</b>				

## Suivi médical

--