Dossier patient

N°	Coordinateur d'appui :	Date : Adressé par :

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 ☐

Complexité : oui ☐ non ☐ télémédecine ☐

Correspondants médicaux et paramédicaux

MG : **coordonnées :**

M Spé :

-

-

-

IDE : prise en charge en cours :

Autres :

DE	1ère	2ème	3ème	4ème	Synth.	Bilan 6m	Séance+	Séance+	Séance+

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/ Synthèse