



## Service de Réanimation

HOPITAL  
D'INSTRUCTION DES  
ARMEES  
CLERMONT-TONNERRE  
BREST

### ETAT CIVIL

Nom Marital :

Nom de naissance :

Prénom(s) (souligner le prénom usuel) :

Date de naissance : / /

Sexe :

Lieu de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone :

Mail :

### ORGANISME DE PRISE EN CHARGE

Numéro de Sécurité Sociale :

Caisse de Sécurité Sociale (nom, adresse) : .....

Prise en charge à 100% (ALD) :  Oui  Non

Précisez l'ALD .....

Numéro adhérent mutuelle :

Mutuelle (nom, adresse) : .....

Date limite de validité de la carte de mutuelle : / /

#### Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse mail :

@

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

## IDENTITE DES MEDECINS DU PATIENT

<b>MEDECIN TRAITANT</b> (Nom et ville)	
<b>AUTRES MEDECINS</b>	

## FAMILLE DU PATIENT

<b>COMPOSITION</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Autre, précisez : ..... ..... ..... ..... Nombre d'enfants : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Il y a-t-il des MALADIES HEREDITAIRES familiales ?</b>	<input type="checkbox"/> Maladies génétiques <input type="checkbox"/> Myopathies <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/> Porphyrie <input type="checkbox"/> Maladie neuro dégénérative type Creuzfeld-Jacob <input type="checkbox"/> Autres, précisez : ..... ..... .....
<b>CAUSES de DECES des proches (parents, fratrie)</b>	

## ALLERGIES DU PATIENT

Urticaire                       Eczéma                       Rhume des foins                       Asthme

Aliments, précisez :

.....

.....

Médicaments, précisez :

.....

.....

Caoutchouc, latex                       Iode

Autres, précisez :

.....

.....

.....

## LE PATIENT A-T-IL PRESENTE LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>CŒUR et VAISSEAUX</b>	<input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Angine de poitrine <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Artérite <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Autres, précisez : ..... ..... .....
<b>COAGULATION</b>	<input type="checkbox"/> Phlébite <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire <input type="checkbox"/> Saignements anormaux <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
<b>RESPIRATOIRE</b>	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique <input type="checkbox"/> Amiante <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
<b>NEUROLOGIQUE</b>	<input type="checkbox"/> Sciatique <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Accident cérébral <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
<b>DIGESTIF</b>	<input type="checkbox"/> Ulcère estomac <input type="checkbox"/> Reflux œsophagien <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....
<b>AUTRES</b>	<input type="checkbox"/> Maladie des reins ou de la prostate <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....

## BIOMETRIE

Taille : .....cm

Poids Habituel : .... Kg

Variation de poids récente +/- ..... kg sur..... mois

## INTERVENTIONS CHIRURGICALES DU PATIENT

Antécédents Obstétricaux : Grossesses .... Accouchements ....

## MEDICAMENTS HABITUELS DU PATIENT (Y compris pilule et traitements occasionnels mais réguliers) MEDICAMENTS RECEMMENT INTRODUITS

## QUESTIONS DIVERSES CONCERNANT LE PATIENT

A-t-il eu des transfusions sanguines ?  Oui  Non

Porte t-il une prothèse ?  Verres de contact  Appareil auditif  Appareil dentaire

Porte t-il ?  Pacemaker (pile)  Chambre implantable  Défibrillateur implantable  
 Autres .....

A-t-il été opéré avant 1995 d'un problème neurologique ?  Oui  Non

A-t-il bénéficié d'un traitement par hormone de croissance ?  Oui  Non

A-t-il présenté dans l'année écoulée :

- Des signes neurologiques nouveaux inhabituels
- Des troubles intellectuels
- Des troubles psychiatriques

A-t-il séjourné outre-mer ?  Oui  Non

Lieu et années .....

Consomme t-il :  Tabac  en cours  Tabac arrêté depuis ..... années  
de tabagisme ..... Cigarettes quotidiennes .....

Alcool Quantité de verre quotidienne .....

Drogues .....

Les vaccins sont-ils à jour ?  Oui  Non

## STYLE DE VIE DU PATIENT

Lieu de vie (EHPAD, Domicile, étages ...) : .....

.....

.....

Activité physique (sport, jardinage, montée des escaliers ...) .....

.....

Personnes aidant dans les activités quotidiennes .....

.....

Profession : .....

Situation (retraité, recherche d'emploi, actif) : .....

## VOLONTES DU PATIENT

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées ?

Oui  Non

En a-t-il exprimé oralement ?

Si oui lesquelles ?

A-t-il exprimé une opposition au don d'organe ?

Oui  Non

## COMMENTAIRES LIBRES