

**Accueil de jour de Saint Chéron** Nom, Prénom :…………………………………

**64, avenue de Dourdan** Date de naissance:……………………………

**91530 Saint Chéron**

Tél. 01 64 56 51 15

accueildejoursaintcheron@coallia.org

[www.coallia.fr](http://www.aftam.fr/)

QUESTIONNAIRE MEDICAL D’ADMISSION : par le médecin traitant ou le médecin adresseur

MOTIF DE LA DEMANDE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

PATHOLOGIES ACTUELLES :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

TRAITEMENT EN COURS : Merci de nous joindre l’ordonnance en cours.

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

ALLERGIES CONNUES : ………………………………………………………………………………………………………

SUIVI MEDICAL :

Gériatre : OUI 🞎 NON 🞎 Nom/ lieu :……………………………………………………………………………………………………………..

Neurologue : OUI 🞎 NON 🞎 Nom/ lieu :……………………………………………………………………………………………………………..

Psychiatre : OUI 🞎 NON 🞎 Nom/ lieu :……………………………………………………………………………………………………………..

Autres spécialistes : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pace maker : OUI 🞎 NON 🞎

Avez-vous des informations complémentaires à nous transmettre ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : Cachet et signature du médecin