

Ma fiche santé

Fiche TREB

(Transmission des Renseignements pour Évaluation des Besoins)

Cette fiche est à remplir avec l'aide d'un professionnel de santé et à conserver à votre domicile.

Informations personnelles

N° de Sécurité sociale :

Mutuelle :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Adresse :

Personne de confiance et/ou à prévenir (coordonnées) :

NB : seules les informations médicales autorisées par le patient figurent sur cette fiche.

**Document à conserver
dans un endroit visible et facilement
accessible aux services de secours**

*Cette fiche doit suivre le patient
dans son parcours de soins
et lui être systématiquement rendue.*

Document soumis au secret médical



CPTS DE LA MARQUE
CROIX | WASQUEHAL | VILLENEUVE D'ASCQ



Ville de Wasquehal

Informations médicales

Médecin traitant (coordonnées) :

.....
.....

Infirmier (coordonnées) :

Poids : kg Taille : cm

Allergies : ☐ Non connues ☐ Oui :

.....
.....

Antécédents de transfusion : ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sait pas

Antécédents médico-chirurgicaux :

- ☐ HTA ☐ Diabète ☐ Cholestérol ☐ Syndrome confusionnel ☐ Éthylisme
- ☐ AVC ☐ IDM ☐ Troubles du rythme ☐ Insuffisance cardiaque ☐ AOMI
- ☐ BPCO ☐ Asthme ☐ Dysthyroïdie ☐ Insuffisance rénale ☐ Parkinson
- ☐ Alzheimer ☐ Épilepsie ☐ Cancers ☐ EP :

.....

.....

.....

.....

Directives anticipées :

.....

.....

.....

Traitements : (ou joindre copie d'ordonnance si disponible)

- ☐ Diurétique ☐ B-bloquant ☐ Anti-hypertenseur ☐ Hypolipémiant
- ☐ Anti-diabétique ☐ Anti-coagulant ☐ Anti-agrégant ☐ Anti-épileptique
- ☐ Benzodiazépine ☐ Opiacé

Dernière hospitalisation (date, motif et lieu)

.....
.....

Fiche rédigée ou mise à jour le :