

A decorative yellow wavy line.

Nom/prénom		Date de naissance	
Médecin référent		Poids	

DIAGNOSTICS

MES OPÉRATIONS / PROCÉDURES / HOSPITALISATIONS

Date	Intervention / hospitalisation	Lieu / service	Suite / résultat

EXAMENS IMPORTANTS

[illegible]

Ma fiche : Parcours médical



MES DISPOSITIFS / PRISES EN CHARGE PARTICULIÈRES

- ☐ Dispositif digestif / nutrition entérale :
- ☐ Dispositif digestif / nutrition parentérale :
- ☐ Dispositif urinaire :
- ☐ Autre matériel médical :
- ☐ Autre prise en charge importante :

MES PROFESSIONNELS / SERVICES RÉFÉRENTS

Spécialité	Nom / Service	Coordonnées

ÉVOLUTION / ÉVÉNEMENTS IMPORTANTS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....