# FICHE RECAPITULATIVE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

# INDICATIONS DES HABITUDES DE VIE

**NOM : Prénom :**

## TRAITEMENT :

Voir fiche d’aide à la prise de médicaments

## PATHOLOGIE :

*(Merci de cocher les cases correspondantes)*

RISQUE DE FAUSSE ROUTE ALIMENTAIRE **🖵**

PROBLEMES CARDIAQUES : **🖵** DIABETIQUE: **🖵**

EPILEPTIQUE : **🖵** PROBLEMES RESPIRATOIRES : **🖵**

Protocole en cas de crise : Lesquels ? :

## REGIME ALIMENTAIRE

HYPOCALORIQUE : **🖵** HYPOCHOLESTEROL : **🖵**

PAUVRE EN SEL : **🖵**

ALIMENTS MIXES : **🖵** ALIMENTS MIXES FINS : **🖵**

ALIMENTS MIXES LISSES : **🖵** BOISSON GELIFIEE : **🖵**

APPAREILLAGE POUR REPAS : **🖵**  lequel ? :

## INCONTINENCE

URINAIRE DIURNE : **🖵** URINAIRENOCTURNE : **🖵**

FECALE DIURNE : **🖵** FECALE NOCTURNE : **🖵**

PROTECTION DE JOUR : **🖵** PROTECTION DE NUIT : **🖵**

PROTECTION POUR SORTIE **🖵** PROTECTION CONTRE-INDIQUEE **🖵**

## CONTRE INDICATIONS

A LA BAIGNADE : **🖵** AU TABAC : **🖵**

A L’ALCOOL : **🖵**

## ALLERGIES

A CERTAINS MEDICAMENTS **🖵**

Lesquels ? :

A CERTAINS ALIMENTS **🖵**

Lesquels ? :