



FICHE MEDICALE

A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER DE SEJOUR PERMANENT

JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR

.....

CERTIFIE SUIVRE MEDICALEMENT MME OU M.

ÂGE(E) DE **ANS, DONT L'ETAT DE SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE**

NE LUI PERMET PAS D'INTEGRER **LUI PERMET D'INTEGRER**

LA RESIDENCE DE LA MEDAILLE MILITAIRE, QUI EST UN ETABLISSEMENT NON MEDICALISE.

QUE MME OU M., **EST APTE A :**

- SE DEPLACER A PIED DE FAÇON AUTONOME, SANS L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE.**
- FAIRE SON LIT ET ASSURER L'ENTRETIEN JOURNALIER DE SA CHAMBRE,**
- PRENDRE UN TRAITEMENT SEUL(E), SANS RISQUE D'ERREUR SUR LA POSOLOGIE ET LA FREQUENCE,**
- AVERTIR PAR TELEPHONE LES SECOURS EVENTUELS EN CAS DE NECESSITE (MEDECIN, POMPIERS, ETC.)**
- NE LUI PERMET PAS D'INTEGRER LA RESIDENCE DE LA MEDAILLE MILITAIRE**

Fait à

Le : . . / . . /

Cachet du Médecin.

AFIN DE TRANSMETTRE LE DOSSIER MEDICAL DE VOTRE PATIENT A SON FUTUR MEDECIN TRAITANT,
(DANS LE CAS OU VOUS CESSEZ D'ETRE SON MEDECIN TRAITANT)

MERCI DE COMPLETER CI-DESSOUS :

DOSSIER REMIS A MME/M. **ou** **DOSSIER ADRESSE A LA R.M.M. LE** ___/___/___

RESIDENCE DE LA MEDAILLE MILITAIRE - ETABLISSEMENT NON MEDICALISE -

20 Avenue Marc Riché - 83400 HYERES

04.94.00.53.00 mmm-renseignements@orange.fr