

FORMULAIRE de coordination interdisciplinaire: A imprimer ou à envoyer par mail

Identité du patient :

NOM et prénom : .....

Adresse : ..... n°: .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél : .. / ..... GSM : .....

Personnes de références :

Cabinet médical : .....

Médecin(s) traitant(s) : .....

Coordonnées (tél, mail, ...) : .....

Pharmacie ouverte au public de référence : .....

Pharmaciens : .....

Coordonnées (tél, mail, ...) : .....

Infirmier(ère) de référence : .....

Coordonnées (tél, mail, ...) : .....

Entourage :

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Coordonnées : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Coordonnées : .....

Pathologies : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements médicamenteux et non médicamenteux : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

