



E.H.P.A.D. de Meymac

# RECUEIL D'INFORMATION MEDICALE

ENR-ADM-013

Version 3  
Du 24 juin 2016

Page 1/1

*(A remplir par le médecin traitant et remettre sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'Etablissement)*

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale : ..... Mutuelle : .....

Personne de confiance à prévenir en cas d'urgence : .....  
(Téléphone et adresse) .....

Existe-t-il une mesure de Protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) : .....

MALADIE EN COURS	TRAITEMENT

Prise en charge :	Déplacement seul (e)	OUI	NON
	Risque de fugue	OUI	NON
	Prise alimentaire seul (e)	OUI	NON
	Incontinence	OUI	NON

Si oui quel type de protection utilisez-vous ?

*Nom et signature du Médecin traitant*

---

Je soussigné (e), Monsieur, Madame

Personne référente de Mr ou Mme

Autorise le personnel de l'EHPAD de Meymac à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence vitale concernant Mr, Mme  
personne accueillie dans le cadre de l'Accueil de jour de l'Etablissement.

Meymac, le  
Signature