 **Dossier Client No :** Diab. Anticoag.

|  |
| --- |
| Nom : Prénom DDN : Sexe : |
|  Adresse : Ville : Code Postal : |
| Tel : Maison : Cell : Travail :E-mail : |
| Occupation : Activités : Tabac : Alcool :  |

**Bilan de santé Contact Covid/Sympt :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Problèmes** | **O** | **N** | **Commentaires** | **Problèmes** | **O** | **N** | **Commentaires** |
| Articulations |  |  |  | Vue |  |  |  |
| Cœur |  |  |  | Immunité |  |  |  |
| Circulation |  |  |  | Cancer |  |  |  |
| Peau |  |  |  | Pacemaker |  |  |  |
| Tension |  |  |  | Pulmonaire |  |  |  |
| Diabète |  |  |  | Hormonal |  |  |  |
| Autres |  |  |  | Autres |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **O** | **N** | **Commentaires** |
| Hospitalisation (depuis 6 mois) |  |  |  |
| Fractures-Chirurgies membres inférieurs |  |  | Dates :Raisons : |
| Médecin traitant |  |  | Nom : Clinique : Dernière visite : |
| Allergies |  |  | Médicaments : Autres : |
| Médication |  |  | Nom : |
| Anticoagulant |  |  | Nom : |
| Soins de pieds antérieurs |  |  | Date : Lieu : |
| **Motif de consultation** |  |
| **En signant je consens également à éventuellement recevoir des messages texto ou e-mail et la prise de photo et ceci uniquement dans le but de la gestion de mon dossier personnel. Date et Signature du patient :** |
| Observation de la démarche |  |
| Examen de la chaussure | Adéquate : Non adéquate : |