

ALLERGIES connues (médicaments - lesquels ?, latex, ,,)



**HOPITAL PRIVE DU VERT GALANT**  
**38, rue de Flandre**  
**93290 Tremblay-en-France**  
Tél : 0826.30.93.93 // Fax : 01.49.63.50.01

## FICHE DE TRAITEMENT PERSONNEL

NOM \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
DATE de NAISSANCE \_\_\_\_\_

### TRES IMPORTANT

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez être hospitalisé(e) à l'Hôpital Privé du Vert Galant  
***Vous devez absolument remplir de façon très précise cette fiche concernant votre traitement personnel.***

Si vous rencontrez des difficultés pour la remplir faites-vous aider par votre entourage et/ou votre médecin traitant, ce qui évitera des risques d'erreurs qui pourraient être préjudiciables à votre santé; ou **apportez vos ordonnances.**

### RAPPORTER CETTE FICHE LE JOUR DE L'HOSPITALISATION

Elle sera mise dans votre dossier médical et vous suivra pendant votre séjour.

Une fois la fiche remplie, merci de bien vouloir signer la dernière page,

SIGNATURE DU PATIENT



FICHE DE TRAITEMENT PERSONNEL DE

NOM  
Prénom  
DATE de NAISSANCE

case réservée  
au médecin  
*poursuivre*  
*arrêter*  
*remplacer par*

*N'oubliez pas les collyres - la contraception*

Nombre de comprimés / gélules / suppositoires ou gouttes par prise

	NOM DU MEDICAMENT	DOSAGE	FORME	Nombre de comprimés / gélules / suppositoires ou gouttes par prise				▼
				MATIN	MIDI	SOIR	NUIT <i>pour dormir</i>	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

DATE - NOM (EN TOUTES LETTRES) - SIGNATURE DU MEDECIN DE CONSULTATION