

# Fiche administrative

Patient	
Nom	Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Prénoms	
Tél.	N° INSEE : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ // _ _

Entourage – Personnes ressource	
Nom	Nom
Qualité	Qualité
Tél.	Tél.

Personne de confiance (Art. L. 1111-6 du CSP)	
Nom et prénom	Tél.

Intervenants	Nom	Téléphone	Téléphone portable	Paraphe et Signature (*)
Médecin traitant				
Spécialiste ou service hospitalier				
Cabinet infirmier				
Kinésithérapeute				
Pharmacie				
Laboratoire médical				
Matériel médical				
Autre				
Autre				
Autre				