

RÉSUMÉ PATIENT ADULTE (RPA)

IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration : Date d'établissement : (dd/mm/aaaa)
 Type de déclaration : Médecin référent
 Version du résumé patient : Original Modification
 Dépositaire du résumé patient : Médecin référent
 Autre: à préciser :

IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent

Code médecin individuel :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom : Nom matrimonial :
 Date de naissance : Suffixe du matricule : F M
 Autre numéro identifiant : Type autre identifiant :

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom : Tél :

IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre le code du type de contact dans la 2^{ème} colonne)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille – autre	FA				

DONNÉES MÉDICALES

ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	*PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "**Prise en charge par**" vous référez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

CARNET VACCINAL

Vaccination de base					
VACCINATIONS	ETAT			RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)	
d T aP IPV – Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Ou					
D – Diphtérie	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
T – Tétanos	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
aP – Coqueluche	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
IPV – Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

Patients à partir de 60 ans					
PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

Patients à partir de 65 ans					
Flu - Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

Vaccinations pour personnes adultes à risque					
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

Autres vaccinations					
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Nom du vaccin:	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON			LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Donneur d'organes	<input type="checkbox"/>	Oui	Non		
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/>	Oui	Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Directive anticipée	<input type="checkbox"/>	Oui	Non		
Autre	<input type="checkbox"/>	Oui	Non		

Signature auteur du document: