

## 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<sup>ème</sup> 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		à jour		pas à jour
Ou				
D – Diphtérie		à jour		pas à jour
T – Tétanos		à jour		pas à jour
aP – Coqueluche		à jour		pas à jour
IPV – Poliomyélite		à jour		pas à jour

### Patients à partir de 60 ans

PPS23 - Vaccin polysaccharidique contre les pneumocoques		à jour		pas à jour
--	--	--------	--	------------

### Patients à partir de 65 ans

Flu - Grippe saisonnière		à jour		pas à jour
--------------------------	--	--------	--	------------

### Vaccinations pour personnes adultes à risque

Nom du vaccin:		à jour		pas à jour
----------------	--	--------	--	------------

### Autres vaccinations

Nom du vaccin:		à jour		pas à jour
Nom du vaccin:		à jour		pas à jour
Nom du vaccin:		à jour		pas à jour

### DISPOSITIONS PERSONNELLES

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

Signature auteur du document: