Médecin référent der Referenzarzt
E + fir meng Gesondheet

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 prestataire :
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 un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

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 PRE-SUMEE
1			
2			
3			

* Dans la colonne "Prise en charge par" vous référencez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le code prestataire 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	

Médecin référent der Referenzarzt

E + fir meng Gesondheet

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: