



Ce document me permet, à moi et aux personnes qui m'accompagnent, de savoir qui contacter en cas de besoin.

Document rempli le.....

## LES CHOSES À SAVOIR SUR MOI



## MES AIDANTS

NOM :

Lien de parenté :



Cette personne vit avec moi :

☐

OUI

☐

NON



C'est ma personne de confiance :

☐

OUI

☐

NON



NOM :

Lien de parenté :



Cette personne vit avec moi :

☐

OUI

☐

NON



C'est ma personne de confiance :

☐

OUI

☐

NON



## MES INTERVENANTS

## RESSOURCES



Par exemple : mon médecin traitant, mon pharmacien, mon infirmier à domicile...

NOM :

Métier :



NOM :

Métier :



NOM :

Métier :



# MES INTERVENANTS RESSOURCES



# MON TRAITEMENT

# NOTES



NOM :

Métier :



NOM :

Métier :



# MES ALLERGIES



# MES COORDONNÉES

NOM :

Prénom :

Date de  
naissance :

Adresse :

Numéro de  
téléphone :

# NUMÉROS UTILES



17



18



15