

MON ÉQUIPE TRAITANTE

Moi



Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse postale : _____

Personne de confiance (nom + prénom + téléphone) :

Mes professionnels de santé

(nom + prénom + téléphone)



Médecin traitant : _____

Infirmier : _____

Pharmacie : _____

Kinésithérapeute : _____

A présenter systématiquement en cas d'hospitalisation