

# FICHE CONSULTATION MÉDICALE



## Renseignements administratifs

---

Nom

Prénom

Date de naissance

Téléphone

Mail

N° CPAM

Mutuelle

Médecin

Tuteur

Lieu de vie

Situation  
professionnelle /  
Activité

Personne à  
prévenir

# FICHE CONSULTATION MÉDICALE



## Renseignements médicaux

---

Poids

Taille

Allergies /  
Intolérances

Antécédents  
(familiaux,  
médicaux,  
chirurgicaux  
etc.)

Traitements actuels

Ref. Code

Traitement	Matin	Midi	Soir

# FICHE CONSULTATION MÉDICALE



## Renseignements spécifiques

---

### Particularités sensorielles

Sens	Hyper	Hypo
Visuel		
Auditif		
Tactile		
Olfactif		
Vestibulaire		
Proprioceptif		

### Particularités de fonctionnement

Ref. Code

Ref. Code

Quel est mon rapport à la douleur / mode d'expression ?

Ref. Code

### Préparation consultation

---

Pourquoi je consulte ?

Ref. Code

# FICHE CONSULTATION MÉDICALE



## Préparation consultation - Suite

---

Quels sont mes symptômes et depuis quand ?

Ref. Code

Ref. Code

Si douleur : quand ai-je mal ? Où ai-je mal ? Quand n'ai-je pas mal ?

Ref. Code

Quelles sont mes craintes par rapport à la consultation ou aux soins ?

Ref. Code

Qu'ai-je déjà essayé ? (Consultations de professionnels, traitements médicamenteux, non médicamenteux, examens, bilans etc.)

Quelles questions je me pose ? Quelles sont mes attentes ?

Traitement actuel

Ref. Code