



## RÉCAP'SANTÉ

À prendre lors des consultations ou hospitalisations

# Sommaire

Ce support santé permet à votre médecin et aux spécialistes de **disposer des informations indispensables pour vous soigner.**

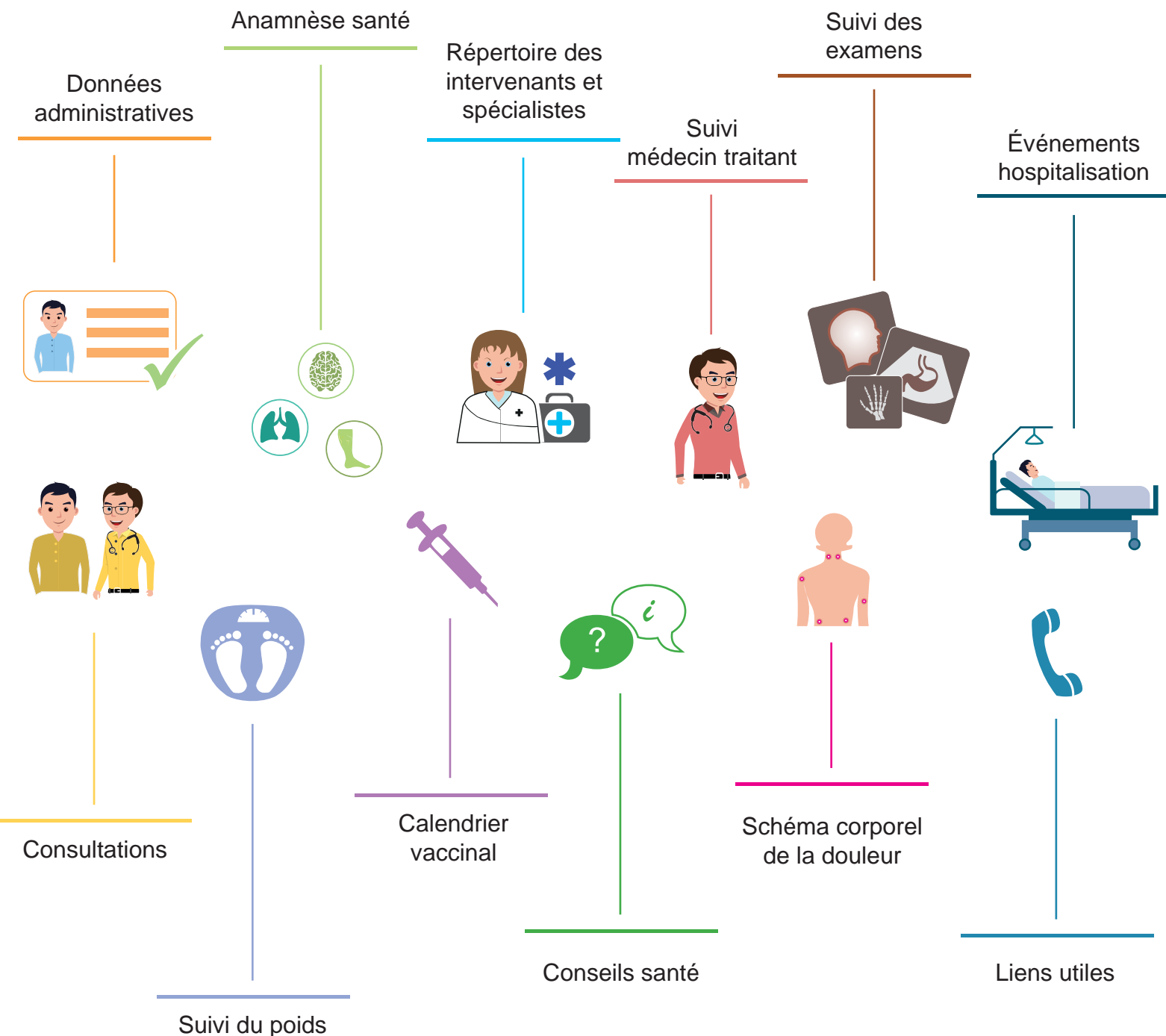
Il constitue un lien entre votre médecin, vos intervenants à domicile et les spécialistes que vous serez amené à consulter.

La présentation de ce support est vivement conseillée à chaque rendez-vous médical et **peut être rempli par les différents acteurs de santé qui vous entourent.**

Ce carnet contient la mémoire de votre santé.

Conservez-le soigneusement.

Les documents qu'il contient **sont confidentiels** et destinés aux soignants.



# Données administratives



## IDENTIFICATION :

Nom/Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

**MÉDECIN TRAITANT :** .....

## PERSONNES À CONTACTER :

Nom : ..... Nom : .....

Lien : ..... Lien : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

**PROTECTION JURIDIQUE :**     Tutelle             Curatelle

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

Mail : .....

Mesure de protection : .....

# Données administratives

**DÉSIGNATION PERSONNE DE CONFIANCE :**    OUI    /    NON

Nom : .....

Prénom : .....

Lien : .....

Coordonnées : .....

**RÉDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES :**    OUI    /    NON

Lieu de conservation : .....

## **INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :**

N° Sécurité Sociale : .....

Caisse d'affiliation : .....

Mutuelle : .....

ALD : .....

## **STATUT :**

Situation maritale : .....

Personnes à charge : .....

Situation professionnelle : .....

Lieu de vie : .....

# Anamnèse santé



## **PATHOLOGIES PRINCIPALES :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **ALLERGIES :**

.....

.....

.....



## **ANTECÉDENTS :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Anamnèse santé

**FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIÉS (alcool, tabac...) :**

.....

.....

.....

.....

**AUTRES REMARQUES (communication, installation, spécificités / cas particuliers...) :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Traitement en cours : cf. dernière ordonnance**

.....

.....


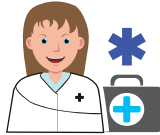

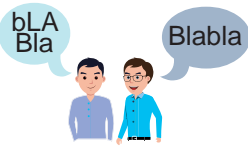


.....

Données médicales validées le : ....., par Docteur : .....

Signature :

# Suivi intervenants

à domicile






	Noms	Coordonnées	Fréquence du suivi
Médecin traitant 			
Infirmier 			
Kinésithérapeute 			
Orthophoniste 			
Pharmacie 			
Ambulances 			
Autres			

# Suivi intervenants






Spécialistes	Noms	Coordonnées	Fréquence



# Suivi médecin traitant

<b>Date</b> 	<b>Questions à poser</b> 	<b>Compte rendu de la consultation</b> Ce qui a été dit / fait / à faire  	<b>Date du prochain RDV</b> 

# Suivi médecin traitant

<b>Date</b> 	<b>Questions à poser</b> 	<b>Compte rendu de la consultation</b> Ce qui a été dit / fait / à faire  	<b>Date du prochain RDV</b> 





# Hospitalisations



Date	Service	Motifs	Faits marquants






# Hospitalisations



Date	Service	Motifs	Faits marquants






# Consultations

Spécialité : ..... Fréquence : .....

<b>Date</b> 	<b>Nom du médecin</b> 	<b>Questions à poser</b> 	<b>Compte rendu de la consultation</b> Ce qui a été dit / fait / à faire  	<b>Date du prochain RDV</b>

# Consultations

Spécialité : ..... Fréquence : .....

<b>Date</b> 	<b>Nom du médecin</b> 	<b>Questions à poser</b> 	<b>Compte rendu de la consultation</b> Ce qui a été dit / fait / à faire  	<b>Date du prochain RDV</b>







# Calendrier vaccinal



## VACCINATION : ÊTES-VOUS À JOUR ? calendrier simplifié des vaccinations 2017

Âge approprié	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
<b>BCG</b>													
<b>Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite</b>													Tous les 10 ans
<b>Coqueluche</b>													
<b>Haemophilus Influenzae de type b (HIB)</b>													
<b>Hépatite B</b>							Rattrapage possible jusqu'à 15 ans						
<b>Pneumocoque</b>													
<b>Méningocoque C</b>								Rattrapage possible jusqu'à 24 ans					
<b>Rougeole-Oreillons-Rubéole</b>													
<b>Papillomavirus humain (HPV)</b>													
<b>Grippe</b>													Tous les ans
<b>Zona</b>													

### NOTES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# Conseils santé

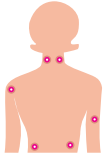
Rappel des mesures de santé publique habituellement préconisées

Âge (à partir de)	Examen
20	Frottis gynécologique tous les 3 ans (dépistage du cancer du col de l'utérus) Si contraception hormonale, faire 1 bilan sanguin tous les 5 ans (cholestérol, triglycérides et glycémie)
	Visite annuelle chez le dentiste
30	Visite annuelle chez le gynécologue (dépistage cancer du sein par palpation)
35	Si facteurs de risques cardiologiques identifiés : test à l'effort (électrocardiogramme à l'effort) pour dépister une éventuelle maladie des artères coronaires
40	Prise tension artérielle 2 fois par an pour dépister d'éventuels troubles cardio-vasculaires
	Glycémie 1 fois par an
50	Mammographie tous les ans
	Dosage des PSA (dépistage cancer prostate), tous les ans jusqu'à 75 ans
	Dépistage gratuit du cancer colorectal
	Vigilance sur les risques d'ostéoporose
	Tous les ans, suivi ophtalmologique pour détecter l'apparition d'un glaucome, cataracte et DMLA
60	Tous les ans : suivi tension artérielle, taux de cholestérol et glycémie
	Tous les ans : vaccins anti-grippe

# Conseils santé personnalisés

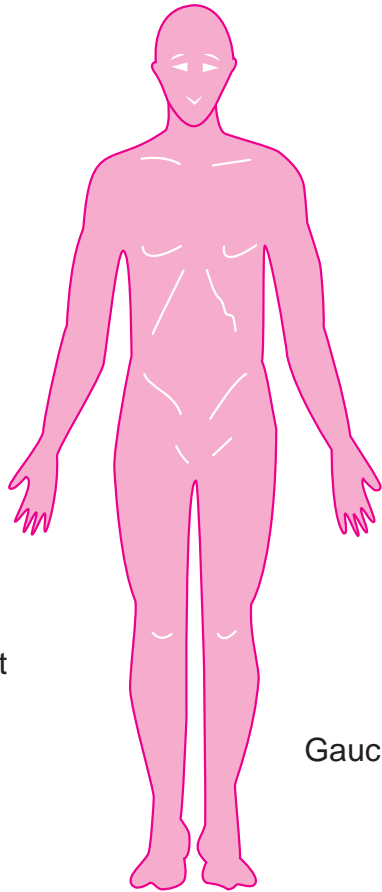
Examen	Fréquence

# Schéma corporel de la douleur



## SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

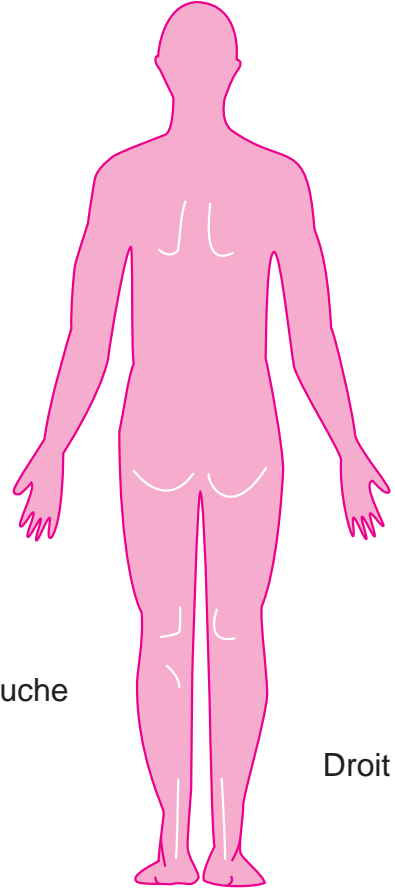
Face



Droit

Gauche

Dos



Gauche

Droit

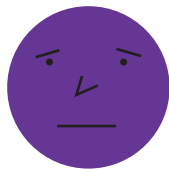
## ÉCHELLE DE LA DOULEUR



0



2



4



6



8



10



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Aucune douleur

Faible douleur

Douleur moyenne

Douleur sévère

Douleur très sévère

Douleur intolérable

# Liens utiles



**SOS MEDECINS : 03 20 29 91 91**

**MEDILIGNE : 03 20 33 20 33**

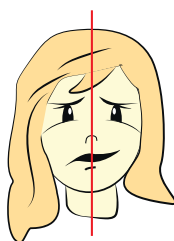
**CENTRE ANTI-POISON : 08 00 59 59 59**

**SAMU : si urgence vitale : 15**

dans quels cas appeler le 15 :



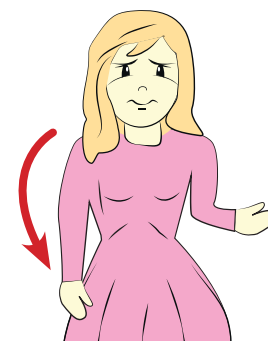
▲  
**Personne  
inconsciente**



1.  
visage paralysé



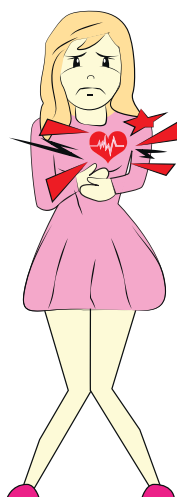
2.  
troubles  
de l'élocution



3.  
inertie d'un membre

▲ **Si apparition d'un signe d'AVC  
(Accident Vasculaire Cérébral)**

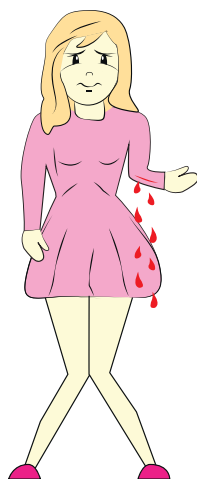
**Douleur  
dans la  
poitrine ▶**



◀ **Difficultés  
respiratoires**



**Hémorragie ▶**



◀ **Brûlure importante**



# SAMSAH LILLE MÉTROPOLÉ - ICL



GROUPEMENT  
DES HÔPITAUX  
DE L'INSTITUT  
CATHOLIQUE  
DE LILLE

SAMSAH Lille Métropole - ICL