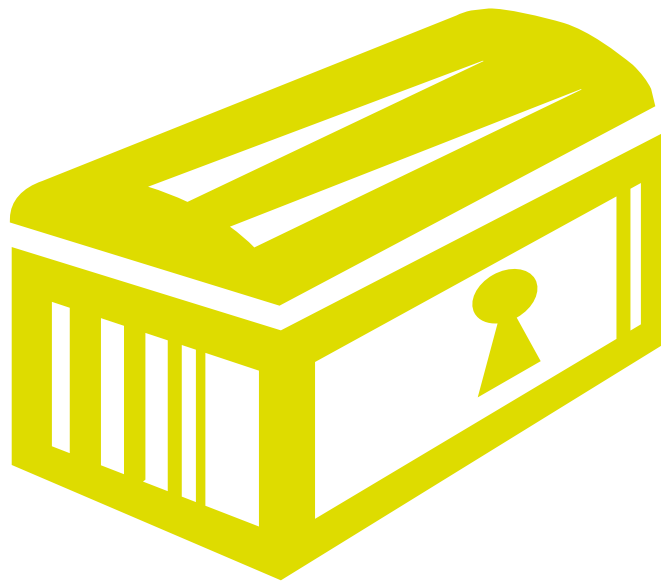


LE DOSSIER PERSO



LA MALADIE

LA PRISE
EN CHARGE

LA RECHERCHE

LA VIE
PRATIQUE

EN PARLER

LES ANNEXES

LE DOSSIER
PERSO





Dossiers personnels



Ces dossiers vous permettent d'avoir sous la main des informations souvent très utiles soit pour vous même, soit lors de vos consultations, soit dans vos démarches administratives. Vous pouvez aussi insérer les éléments de votre dossier médical qui vous semblent importants.

Ces renseignements sont personnels et confidentiels.



A • Dossier administratif

Nom :

Prénom :

Date naissance :

Adresse :

Téléphone :

● Sécurité sociale :

N° :

Caisse :

Adresse :

Téléphone :

ALD (prise en charge 100 % de votre maladie)

Date :

Jusqu'au :

● Mutuelle :

N° :

Adresse :

Téléphone :

● Caisse d'Allocations Familiales de :

N° allocataire :

Adresse :

Téléphone :



● **Maison Départementale des Personnes Handicapées /Maison de l'Autonomie**

Adresse :

Téléphone :

Taux d'incapacité reconnue :

Carte d'invalidité délivrée jusqu'au :

Carte de stationnement délivrée jusqu'au :

● **Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**

Date de fin de droits :

● **Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**

Date de fin de droits :

● **AAH**

Date de fin de droits :

● **ACTP**

Date de fin de droits :

Taux :

● **Prestation Compensatrice du Handicap aide humaine**

Date de fin de droits :

● **Prestation Compensatrice du Handicap aide matérielle**

Date de fin de droits :

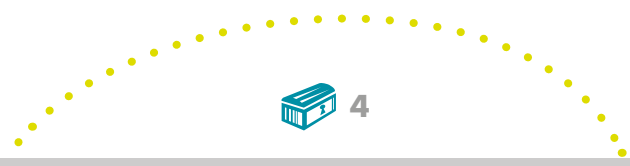
● **Transport scolaire, demande à renouveler chaque année**

● **Autres :**

.....

.....

.....





B • Vos principaux soignants

● Médecin généraliste

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

● Neurologue

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

● Cardiologue

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

● Médecin orthopédiste

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

● Médecin de rééducation

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :



● **Kinésithérapeute**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

● **Orthophoniste**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

● **Psychologue**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

● **Assistant(e) social(e)**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

● **Centre Hospitalier Universitaire**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



● **Centre de réadaptation fonctionnelle**

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

● **Autres**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N'oubliez pas de nous envoyer les coordonnées de vos soignants pour que nous puissions leur faire parvenir les newsletters, merci.