Carnet de santé

Appartenant à:

.....

.....

Avis Important au titulaire

Ce carnet de santé est destiné à assurer une meilleure coordination entre tous les prestataires de soins que vous êtes amené à consulter.

Ce carnet, strictement confidentiel, est votre propriété; il vous est conseillé de le présenter chaque fois que vous consulterez votre Médecin Traitant, ou le Médecin de Garde, ou un Spécialiste, afin que chaque Médecin consulté puisse en prendre connaissance et le compléter.
Ne peuvent y avoir accès ni votre employeur ni les Médecins des mutuelles ou des assurances.

Prenez grand soin de ce carnet, ne le perdez pas et faites-en bon usage, ceci dans l'intérêt de votre propre santé.

Votre Médecin Traitant.

Carnet de Santé

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Mutuelle: .....

Situation Familiale: .....

.....

Groupe sanguin: .....

Profession: .....

Tabac: ..... *Alcool:* .....

Allergies: .....

.....

Remarques importantes: .....

.....

Personnes de contact: .....

.....

Antécédents

HEREDITAIRES: .....
.....
.....

PROFESSIONNELS: .....
.....
.....

PERSONNELS:

MEDICAUX

Date	Evénement
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....

CHIRURGICAUX

Date	Evénement
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....
.... /.... /.....	.....

HOSPITALISATIONS

Date	Hôpital & Service	Motif
.... /.... /.....	.....	.....
.... /.... /.....	.....	.....
.... /.... /.....	.....	.....
.... /.... /.....	.....	.....
.... /.... /.....	.....	.....
.... /.... /.....	.....	.....
.... /.... /.....	.....	.....

Vaccinations

DITEPER	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....			
DITE	.... /.... /.....	.... /.... /.....		DITE ProAd.	.... /.... /.....	.... /.... /.....
TETANOS	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
POLIO	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
M.M.R	.... /.... /.....	.... /.... /.....		RUBEOLE	.... /.... /.....	.... /.... /.....
H.I.B.	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
Hep. A	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
Hep.B	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
Hep. A + B	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
PNEUMOCOQUE		.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
FIEVRE THYPHOIDE		.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
FIEVRE JAUNE		.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
GRIPPE	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....
	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....	.... /.... /.....

(pour les personnes de sexe féminin)

EVENEMENTS GYNECOLOGIQUES: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Consultations

Traitement en cours	Date	Identification du Prestataire	Motif		Changement de traitement	Exam. complém. demandés
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.... /.... /.....	.....	.....	.....	.....	.....

Répartition de la Posologie des Médicaments

DATE DEBUT	MEDICAMENTS	A jeun	REPAS MATIN			Entre les repas	REPAS MIDI			Entre les repas	REPAS SOIR			Avant le coucher	DATE FIN
			Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		

Consultations

Traitement en cours	Date	Identification du Prestataire	Motif		Changement de traitement	Exam. complém. demandés
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....

Répartition de la Posologie des Médicaments

DATE DEBUT	MEDICAMENTS	A jeun	REPAS MATIN			Entre les repas	REPAS MIDI			Entre les repas	REPAS SOIR			Avant le coucher	DATE FIN
			Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		

Consultations

Traitement en cours	Date	Identification du Prestataire	Motif		Changement de traitement	Exam. complém. demandés
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	..../..../.....	.....	.....	.....	.....	.....

Répartition de la Posologie des Médicaments

DATE DEBUT	MEDICAMENTS	A jeun	REPAS MATIN			Entre les repas	REPAS MIDI			Entre les repas	REPAS SOIR			Avant le coucher	DATE FIN
			Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		Avant	Pendant	Après		

Examens complémentaires

Date	Type d'examen	Résultat	Traitement (ou modification du traitement chronique)	Cachet	Biologie	Taille/ Poids
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Examens complémentaires

Date	Type d'examen	Résultat	Traitement (ou modification du traitement chronique)	Cachet	Biologie	Taille/ Poids
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Examens complémentaires

Date	Type d'examen	Résultat	Traitement (ou modification du traitement chronique)	Cachet	Biologie	Taille/ Poids
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

MSD Belgium SPRL
Clos du Lynx, 5 - 1200 Bruxelles

Ce carnet a pu être réalisé grâce à la collaboration des Laboratoires MSD
www.msd-belgium.be

31-Aug-2012 MSD-2008-BE-1875-BT