



**1 / Le dossier administratif de France Alliance Médical :**

**1/ ETAT CIVIL :**

**Nom :**.....**Prénom :**.....

**Date de naissance :** .....

**Lieu de naissance :**.....

**Pays de naissance :**.....

**Adresse domicile actuelle :**.....

.....

**Pays :** .....

**Téléphone :**.....

**Situation familiale :** .....

**Profession :** .....

**Désignation de la (les) personne(s) à prévenir :**

**NOM :**.....

**Prénom :**.....

**Lien :**.....

**Téléphone :**.....

**Adresse :**.....

**Désignation de la personne de confiance :**

**NOM :**.....

**Lien :**.....

**Coordonnées :**.....

**2/ SITUATION PROFESSIONNELLE ET RESSOURCES :**

**Assuré social :** .....

**Responsabilité civile :**.....

**Responsabilité personnelle :** .....

**3/ COORDONNEES MEDICALES :**

**Médecin traitant généraliste :**

**NOM :**.....

**Téléphone :**.....

**Adresse mail :**.....

**Autre Médecin traitant (spécialiste) :**

**NOM :**.....

**Téléphone :**.....

**Adresse mail :**.....

**Etablissement de soins de référence :**

**NOM :**.....

**Téléphone :**.....

**Adresse mail :**.....

**Autre établissement de soins de référence :**

**NOM :**.....

**Téléphone :**.....

**Adresse mail :**.....

**2 / Le dossier médical de France Alliance Médical :**

Merci de compléter le questionnaire ci-dessous, afin que **France Alliance Médical** puisse faire une évaluation médicale de votre demande :

Informations générales, nous permettant d'évaluer au mieux votre état de santé.

Il est important aussi que vous fournissiez à **France Alliance Médical** vos bilans radiologiques, scanner, IRM...etc, et biologiques dont vous disposez.

**Votre poids** :.....

**Votre taille** :.....

**Avez-vous des allergies connues ? OUI / NON**

- **Si oui, lesquelles ?**.....
- .....
- .....

**1/ Disposez-vous d'un diagnostic ? OUI / NON**

- **Si oui, lequel ?**.....

**2/ Quelle est la date de début de vos symptômes ?**.....

**3/ Avez-vous un traitement médical ? OUI / NON**

**Si oui, lequel ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4/ Présentez-vous des douleurs ? OUI / NON**

- **Si oui, sont-elles permanentes : OUI / NON**
- **Invalidantes : OUI / NON**
- **Réduisent elles votre mobilité : OUI / NON**

**5/ Pouvez-vous nous décrire votre état général ?**

- **Etes-vous physiquement diminué ? OUI / NON**
- **Etes-vous autonome en mobilité ? OUI / NON**

**6 / Avez-vous d'autres maladies (hypertension, diabète...)? OUI / NON**

.....  
.....

**7/ Avez-vous d'autres traitements en cours ? OUI / NON**

**Si oui, lesquels ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8/ Avez-vous déjà été opéré ? OUI / NON**

**Si oui, de quoi ?**

.....  
.....

**9/ Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ? OUI / NON**

**Si oui, pourquoi ?**

.....  
.....

**Merci de nous joindre les comptes-rendus opératoires.**

**10/ Avez-vous des documents à joindre ? de quelle date ?**

- Radios : .....
- Scanner : .....
- IRM : .....
- Biologie : .....

**Y a-t-il un message complémentaire que vous souhaitez nous adresser  
pour mieux nous aider à vous prendre en charge**

?.....  
.....  
.....

**Confidentialité : \***

**J'accepte les conditions de confidentialité**

**Date, lieu et signature :**