

**Identité :** Nom de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin  
Prénom : ..... Date de naissance : ... / ... / .....

**Lieu de vie :** (adresse, établissement) .....

**Médecin traitant :** Nom Prénom : ..... Coordonnées : .....

**DIAGNOSTIC :** .....

**Poids :** ..... **Taille :** .....

**Allergies :** .....

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :** .....

**Traitements en cours :** (joindre ordonnance si possible) .....

**Consultation demandée :** .....

**Motif de consultation :** .....

**Accompagnant** (nature de l'accompagnant) : .....

**Niveau de coopération lors des soins :**  coopérant  non coopérant  troubles du comportement

**Mode d'expression de la douleur :** .....

**Prémédication :**  Oui  Non Si OUI, laquelle : .....

**Prévoir sédation consciente** (MEOPA)  Oui  Non - Si OUI, le patient est-il familiarisé au MEOPA  Oui  Non

**Communication :**  Verbale  Non Verbale Communication alternative ? .....

**Compréhension :**  Normale  Limitée  Non évaluable

**Déplacements :**  Marche autonome  Fauteuil roulant  Prothèse

**POINTS PARTICULIERS:** .....

## AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e) NOM Prénom .....AGISSANT POUR LUI-MEME  
OU EN QUALITE DE RESPONSABLE LEGAL (père, mère, tuteur\*) autorise la dispensation de soins et/ou examens  
médicaux dans le cadre du dispositif HANDICONSULT83-AVISO pour : (\**raier la(es) mention(s) inutile(s)*)

NOM : ..... Prénom : .....Né(e) le : .....

J'autorise l'utilisation de MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) :  Oui  Non

**DATE et SIGNATURE :**