



# Fiche Patient

Consultation N° :

Date :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Tél. : .....

Mail : ..... Sexe :  Femme  Homme

Pathologie principale : .....

Autre(s) pathologie(s) : .....

POIDS : ..... kg

TAILLE : ..... m

PÉRIMÈTRE ABDO : ..... cm

Traitements médicaux (interférant sur la pratique d'APS : anticoagulant, anti hypertenseur...) :

.....  
.....

Évaluation de la motivation du patient :

1                      2                      3                      4                      5

(1 = peu motivé / 5 = très motivé)

Commentaires / remarques :

Fait à : ..... le :

TAMPON ET SIGNATURE  
DU MÉDECIN

Zone réservée à effFORMip (ne pas renseigner) :

ID patient : ..... / Chèque n° : .....

Cocher cette case uniquement à l'occasion de la consultation d'inclusion pour que le présent document tienne lieu de facture d'honoraires de 35€