

Fiche infirmière 1^{er} contact avec un nouveau patient SJS/Lyell consultant pour bilan de séquelles (point téléphonique)

Date du 1 ^{er} contact : Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : Tel : Mail :	Date phase aigüe : Lieu de prise en charge : Médicament(s)/agent responsable(s) : Tests allergologiques faits <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non résultats disponibles <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Connaissance du centre TOXIBUL par: <input type="checkbox"/> AMALYSTE <input type="checkbox"/> Lieu de prise en charge initiale <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Internet : <input type="checkbox"/> Autre patient hors association <input type="checkbox"/> Autre :
---	---

Histoire de la maladie :

CR disponible oui non

Aujourd'hui : (séquelles déclarées par le patient)

<p>Yeux :</p> Traitement/intervention déjà faits: Suivi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non par qui ? (Ville/hospitalier...) Connaissance du service oph de ROUEN <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Demande actuelle :	<p>Muqueuse buccale :</p> Traitement/intervention déjà faits: Suivi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ? par qui ? Demande actuelle :
<p>Peau :</p> Traitement/intervention déjà faits : Suivi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non par qui ?	<p>Psychologique :</p> <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre Traitement déjà reçu : Suivi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non par qui ?

Demande actuelle :	Demande actuelle :
Génital : Traitement/intervention déjà faits: Suivi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non par qui ? Demande actuelle :	Douleurs : Traitement/intervention déjà faits: Suivi <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non par qui ? Demande actuelle :
Autre :	

Demande particulière :

Délai de rendez-vous souhaité :

Proposition de prise en charge : date/...../.....

Consultation : Dr date :/...../.....

<input type="checkbox"/> HDJ date :/...../.....	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> ODONTO (demander un panoramique dentaire) <input type="checkbox"/> EFR <input type="checkbox"/> Dermato/gynéco <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> assistante sociale <input type="checkbox"/> Autre :
---	---

demande de transport entente préalable autre(s) document(s) :