



ZAWIYA CARE INTERNATIONAL

Coordination Médicale • Conciergerie Santé • Tourisme Médical
+221 78 953 87 16 | info@zawiyacare.com | www.zawiyacare.com

FICHE D'OUVERTURE DE DOSSIER PATIENT

N° de dossier _____	Date d'ouverture _____	Coordinateur Zawiya _____
------------------------	---------------------------	------------------------------

1. IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : _____	Prénom : _____
-------------	----------------

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

WhatsApp : _____

Email : _____

Passeport / CNI : _____

Date d'expiration : _____

2. PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

WhatsApp : _____

Email : _____

3. INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant : _____

Diagnostic actuel : _____

Date du diagnostic : _____

Antécédents médicaux : _____

Antécédents chirurgicaux : _____

Allergies : _____

Traitements en cours : _____

Groupe sanguin : _____

Examens déjà réalisés :

☐ Scanner

☐ IRM

☐ Radiographie

☐ Échographie

☐ Biologie

☐ Autres

Merci de préciser :

4. BESOIN DU PATIENT

☐ Deuxième avis médical

☐ Consultation spécialisée

☐ Hospitalisation

☐ Intervention chirurgicale

☐ Executive Check-up

☐ Rééducation

☐ Conciergerie Médicale

☐ Santé & Ziyara

☐ Santé & Découverte

Autre :

5. PAYS DE DÉPART

Pays : _____

Ville : _____

Date souhaitée : _____

Urgence :

☐ Immédiate

☐ Sous 15 jours

☐ Sous 1 mois

☐ Flexible

6. ACCOMPAGNANTS

Nombre : _____

Nom(s) : _____

Lien(s) de parenté : _____

Besoins spécifiques : _____

7. HÉBERGEMENT SOUHAITÉ

☐ Économique

☐ Confort

☐ Premium

☐ VIP

Préférences :

8. TRANSPORT

☐ Billet déjà acheté

☐ À organiser

Compagnie préférée :

Classe :

☐ Économique

☐ Business

☐ Première

9. BUDGET

Budget estimatif : _____

Mode de paiement :

☐ Personnel

☐ Entreprise

☐ Assurance

☐ Mutuelle

☐ Administration

10. DOCUMENTS REÇUS

☐ Passeport

☐ Comptes rendus

☐ Assurance

☐ Pièce d'identité

☐ Analyses

☐ Devis

☐ Dossier médical

☐ Imagerie

☐ Autres

11. OBSERVATIONS DU COORDINATEUR

12. CONSENTEMENT

Je certifie que les informations communiquées sont exactes et j'autorise Zawiya Care International à utiliser mes données dans le strict cadre de l'organisation de mon parcours médical.

Signature du patient	Signature du coordinateur

Date :

"Votre parcours de santé, organisé avec excellence."