

FICHE MEDICALE D'URGENCE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Groupe sanguin :



MEDECIN TRAITANT

NOM :

Téléphone :

PROBLEMES MEDICAUX

Êtes-vous sous anti-coagulant ?

si oui, lequel :

Quel est le dosage ?

MEDECIN SPECIALISTE

NOM :

Téléphone :

ALLERGIES

Souffrez-vous d'allergies, si oui lesquelles ?

INFIRMIERE

NOM :

Téléphone :

PARENT PROCHE, PERSONNE A CONTACTER

NOM :

Téléphone :

Lien :

TRAITEMENT EN COURS

(Précisez l'endroit où est rangé votre dossier médical avec la dernière ordonnance)

NOM :

Téléphone :

Lien :

AIDE AUX AUTRES : je m'occupe d'une personne. Si je ne suis pas là, quelqu'un devra s'en occuper. Il s'agit de :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

NOM :

Téléphone :

Lien :

Adresse :

Faits importants : prothèse, stents, pace-maker, etc ...

ANIMAUX DE COMPAGNIE

CHIEN :

CHAT :

OISEAU :

Autre :

Qui peut le recueillir pendant mon absence :

NOM :

Téléphone :

AUTRES INFORMATIONS MEDICALES

Fiche complétée le :

Merci de tenir à jour ce document.