

IDENTIFICATION

Prénom _____ Nom _____ Âge _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

() () () ()
Téléphone résidence _____ Autre _____ Courriel _____

() () () () () ()
Date de naissance _____ Numéro d'assurance-maladie _____
J M A

MALADIES CHRONIQUES

| | | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|------------------------------|
| ÉPILEPSIE | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | LE MEMBRE CONTRÔLE SES CRISES ? OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | FRÉQUENCE : _____ |
| DIABÈTE | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | MÉDICATION : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| HYPOGLYCÉMIE | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | MÉDICATION : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| MALADIE RESPIRATOIRE | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | MÉDICATION : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| MALADIE CARDIAQUE | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | MÉDICATION : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ALLERGIES | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | SPÉCIFIER : _____ | PRESCRIPTION D'ÉPINÉPHINE ? OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

DIÈTE SPÉCIALE OUI NON SI OUI, INSCRIRE LE TOUT SUR UNE FEUILLE ET JOINDRE EN ANNEXE

NOS INTERVENANTS PEUVENT-ILS ADMINISTRER LES COMPRIMÉS SUIVANTS AU MEMBRE?

| | | | | | | | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|---------|------------------------------|------------------------------|--------|------------------------------|------------------------------|
| Aspirine | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Tylénol | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Motrin | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | | | Advil | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | | | |

MÉDICATION (Inscrire tous les médicaments sur ordonnance ou coller l'étampe de votre pharmacien(ne))

| Nom des médicaments | Force | Dosage | Fréquence journalière | | | | Raison |
|---------------------------|-------------|----------|-----------------------|------|--------|---------|-----------------------|
| | | | matin | midi | souper | coucher | |
| <i>exemple : Concerta</i> | <i>4 mg</i> | <i>1</i> | <i>x</i> | | | | <i>hyper-activité</i> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Nom de la pharmacie où les médicaments proviennent : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Lunettes

Verres de contact

Appareil auditif

Dentier

Prothèses

Autres : _____

INTERVENTION CHIRURGICALES

Inscrire toutes les interventions chirurgicales majeures que le membre a subies ainsi que la date pour chacune d'elles.

| | | | |
|-------------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Description | Année | Mois | Jour |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Description | Année | Mois | Jour |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Description | Année | Mois | Jour |

EN CAS D'URGENCE

| | | |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| _____ | () | _____ |
| Nom du médecin de famille | Téléphone | Date du dernier examen |
| _____ | () | () |
| Nom de la personne à contacter | Téléphone - résidence | Téléphone - cellulaire / bureau |
| _____ | () | () |
| Nom de la personne à contacter | Téléphone - résidence | Téléphone - cellulaire / bureau |

COMPORTEMENTS SOCIAUX OU PSYCHOLOGIQUES

EST-CE QUE LE MEMBRE PRÉSENTE DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT ?

OUI

NON

Décrire le(s) comportement (s) :

Décrire les interventions suggérées pour chaque comportement :

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise l'AIS Beauce-Sartigan et/ou son représentant ainsi que toute personne en charge dans l'une de nos activités à prendre les dispositions nécessaires afin que la personne ci-haut mentionnée reçoive les soins appropriés en cas de maladie et/ou d'accidents, y compris lui administrer sa médication. Il est entendu que j'en serai avisé dans les meilleurs délais.

Par la présente, j'accepte ces dispositions en toute connaissance de cause.

Signature du parent ou tuteur

Date