



FORMULAIRE MÉDICAL

Confidentiel

IDENTIFICATION

Prénom	Nom	Âge	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone résidence	Autre	Courriel	
Date de naissance	Numéro d'assurance-maladie		

MALADIES CHRONIQUES

ÉPILEPSIE	OUI	NON	LE MEMBRE CONTRÔLE SES CRISES? OUI	NON	FRÉQUENCE : _____
DIABÈTE	OUI	NON	MÉDICATION :	OUI	NON
HYPOGLYCÉMIE	OUI	NON	MÉDICATION :	OUI	NON
MALADIE RESPIRATOIRE	OUI	NON	MÉDICATION :	OUI	NON
MALADIE CARDIAQUE	OUI	NON	MÉDICATION :	OUI	NON
ALLERGIES	OUI	NON	SPÉCIFIER : _____		
			PRESCRIPTION D'ÉPINÉPHINE?	OUI	NON

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	NON	TylénoI	OUI	NON	Motrin	OUI	NON
			Advil	OUI	NON			

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	_____	Date
_____	Description	_____	Date
_____	Description	_____	Date

EN CAS D'URGENCE

_____	Nom du médecin de famille	_____	Téléphone	_____	Date du dernier examen
_____	Nom de la personne à contacter	_____	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

