

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS SANTE**

**(document PERSONNEL ET CONFIDENTIEL à renseigner et conserver obligatoirement dans votre sac à dos afin d'être remise aux autorités médicales en cas de malaise ou accident)**

|                                                                                                                   |                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOM :</b><br><b>PRENOM :</b><br><b>DATE DE NAISSANCE :</b>                                                     | <b>ADRESSE PERSONNELLE :</b>                                                                                       |
| <b>Personne à prévenir en 1<sup>er</sup> :</b><br><b>NOM PRENOM</b><br><b>Tel portable :</b><br><b>Tel fixe :</b> | <b>Personne à prévenir en 2<sup>ème</sup> :</b><br><b>NOM PRENOM</b><br><b>Tel portable :</b><br><b>Tel fixe :</b> |

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| <b>N° SS :</b>          | <b>NOM MEDECIN TRAITANT :</b> |
| <b>GROUPE SANGUIN :</b> | <b>Tel médecin traitant :</b> |

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MON TRAITEMENT JOURNALIER (noms des médicaments en dehors des cas cités ci-dessous) et POSOLOGIE</b> |
| <b>JE SUIS ALLERGIQUE AUX MEDICAMENTS SUIVANTS :</b>                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>J'AI DES ANTECEDENTS :</b> quels médicaments<br><input type="checkbox"/> <b>cardio- vasculaires :</b><br><input type="checkbox"/> <b>insuffisance cardiaque :</b><br><input type="checkbox"/> <b>coronopathie (stents) :</b> | <b>J'AI UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT</b> quels médicaments: |
| <b>JE SUIS DIABETIQUE :</b> quels médicaments                                                                                                                                                                                   | <b>Autres précisions si besoin</b>                         |
| <b>Les médicaments que j'ai sur moi ainsi que l'endroit où ils sont dans mon sac :</b>                                                                                                                                          | <b>Préconisations particulières à mon égard :</b>          |