Fiche médicale

**Attention spéciale requise :**[ ]  **Oui** [ ]  **Non**

## Identification

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Jeune [ ]  Adulte |  |
| Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. | Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance : JJ/MM/AAAA. | Numéro d’assurance maladie : AAAA 0000 0000Expiration (pour les résidents du Qc) : JJ/MM/AAAA |
| **Si mineur, information du parent ou du tuteur :** |  |
| Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte. | Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse : No civique Rue Ville Code postal |
| Téléphone 1 : 514-555-5555Téléphone 2 : 514-555-5555 | Lien de parenté : Cliquez ici pour entrer du texte. |

## Antécédents de santé

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asthme | [ ]  Oui | [ ]  Non | Maux de vente | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Accident vasculaire cérébral | [ ]  Oui | [ ]  Non | Menstruation | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Conjonctivite | [ ]  Oui | [ ]  Non | Otite | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Convulsions | [ ]  Oui | [ ]  Non | Palpitations cardiaques | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Diabète | [ ]  Oui | [ ]  Non | Perte de conscience | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Épilepsie | [ ]  Oui | [ ]  Non | Peurs/phobies | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Handicap intellectuel | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problème cutané | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Handicap physique | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problème de comportement | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Hyperactivité | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problème digestif | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Hypertension artérielle | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problèmes musculaires | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Hyperventilation | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problèmes neurologiques | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Hypoglycémie | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problème visuel (lunettes) | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Incontinence | [ ]  Oui | [ ]  Non | Saignement de nez | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Insomnie/cauchemard | [ ]  Oui | [ ]  Non | Somnambulisme | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Malformation cardiaque | [ ]  Oui | [ ]  Non | Troubles auditifs/surdité | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Maux de dos | [ ]  Oui | [ ]  Non | Troubles respiratoires | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Maux de tête | [ ]  Oui | [ ]  Non | Autres… spécifiez : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Les vaccins sont-ils à jour ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Le vaccin du tétanos est-il à jour (moins de 10 ans) ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Les activités physiques sont-elles limitées par les antécédents ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si OUI, lesquelles : Cliquez ici pour entrer du texte. |

## Autres commentaires

|  |
| --- |
|  |
|  |

## Allergies

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aux médicaments : | [ ]  Oui | [ ]  Non | Lesquels : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Aux aliments : | [ ]  Oui | [ ]  Non | Lesquels : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Autres : | [ ]  Oui | [ ]  Non | Lesquels : Cliquez ici pour entrer du texte. |

## Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d’un des problèmes suivants :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Problèmes neurologique |  |  | Problèmes cardiaques | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Convulsions | [ ]  Oui | [ ]  Non | Autres (détaillez) : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Maux de tête | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problème respiratoires |
| Pertes de conscience | [ ]  Oui | [ ]  Non | Asthme | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Fréquences : Cliquez ici pour entrer du texte. | Autres (détaillez) : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Autres (détaillez) : Cliquez ici pour entrer du texte. | Problèmes digestifs |
| Problèmes d’oreilles | Détails : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Otites (nombre : nmb ) | [ ]  Oui | [ ]  Non | Problèmes dermatologique |
| Problèmes de nez |  |  | Détails : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Rhume des foins | [ ]  Oui | [ ]  Non | Autres problèmes |
| Autres (détaillez) : Cliquez ici pour entrer du texte. | Détails : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Problème visuel |  |
| Conjonctivite | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Autres (détaillez) : Cliquez ici pour entrer du texte. |

## Médicaments à prendre

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom médicament(s)** | **Dose** | **Période** | **Fréquences** | **Donnée par** |
| (présentation : mg/comp. Ou mg/ml) | (posologie) | (du date. au date.) | (intervalles)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dim | Lun | Mar | Merc | Jeu | Ven | Sam |

 | (initiales) |
|  |  | É, D, L, S, C |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  |  | É, D, L, S, C |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  |  | É, D, L, S, C |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  |  | É, D, L, S, C |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  |  | É, D, L, S, C |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

Légende : Éveil (É), Déjeuner (D), Lunch (L), Souper (S), Coucher (C)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avez-vous subi une opération dans les 6 derniers mois :** | [ ]  Non |  |
|  | [ ]  Oui | Date : Cliquez ici pour entrer une date. |
| Quelle nature : | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| Permission pour les bénévoles qualifiés d’administrer les premiers soins ou d’autoriser des soins médicaux ou ambulanciers en cas d’urgence si les répondants et/ou toute autre personne désignée ne sont pas joignables. [ ]  **J’autorise** l’Association des scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées à administrer des soins médicaux.  [ ]  **Je n’autorise pas** l’Association des scouts du Canada ainsi que ses organisations affiliées à administrer des soins médicaux.   |
| **Signature (autorité parentale ou tuteur, si mineur) :** |  |
| **Date : Cliquez pour entrer une date.** |