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 0000  Expiration (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 : 514-555-5555  Téléphone 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.** | |