

MEMBRE

FORMULAIRE MÉDICAL

Confidentiel

IDENTIFICATION

Nom de famille		Prénom		Masculin / Féminin	
Adresse		Ville		QC	Code postal
() ()		()			
Téléphone résidence		travail		cellulaire	
() () ()					
Date de naissance		Numéro d'assurance-maladie		Date d'expiration	
J	M	A			

MALADIES CHRONIQUES

SYNDROME DE DOWN (Luxation atloïdo-axoïdienne) _____ Positif Négatif
Date radiographie _____

ÉPILEPSIE OUI NON LE PARTICIPANT CONTRÔLE-T-IL SES CRISES ? OUI NON
FRÉQUENCE : _____

DIABÉTIQUE 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

ALLERGIE OUI NON SPÉCIFIER : _____

ALLERGIE PÉNICILLINE OUI NON MÉDICATION : _____
PRESCRIPTION D'ÉPINÉPHINE ? OUI NON

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

PEUT-ON ADMINISTRER LES COMPRIMÉS SUIVANTS AU PARTICIPANT ?

Aspirin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Motrin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Tylenol	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Advil	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MÉDICATION

LE MEMBRE PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS? OUI NON

VEUILLEZ DEMANDER À VOTRE PHARMACIEN LA LISTE DE VOS MÉDICAMENTS

CETTE LISTE EST OBLIGATOIRE POUR AVOIR ACCÈS AUX ACTIVITÉS

NOTE SPÉCIALE CONCERNANT :

LA PRISE DE MÉDICAMENT

ALLERGIE

AUTRES

NOM : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Lunettes

Appareil auditif

Prothèses

Verres de contact

Dentier

Autres : _____

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

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

_____	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 / Lien avec le membre	() _____	Téléphone - résidence	() _____	Téléphone - cellulaire / bureau
_____	Nom de la personne à contacter / Lien avec le membre	() _____	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'ORGANISME et/ou son représentant ainsi que toute personne responsable dans un Centre de santé et de services sociaux à prendre les dispositions nécessaires afin que la personne ci-haut mentionnée reçoive les soins appropriés en cas de maladie et/ou d'accidents. 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 membre, du parent ou tuteur

Date