

FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE

Cette fiche est personnelle et n'a pas à être divulguée.

Garder-la sur vous ou dans votre sac.

Elle pourra être consultée lors d'une action rapide des secours.

Vérifier la validité de la vaccination Tétanos.

Nom :	Adresse personnelle :	
Prénom :		
Date de naissance :		
<i>Personne à prévenir :</i>	<i>Personne de confiance :</i>	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	Téléphone portable :	
Médecin traitant (nom) :		
Téléphone :		
Mon traitement journalier, noms des médicaments en dehors des cas cités ci-dessous et posologie :		
<input type="checkbox"/> Allergies		
J'ai des antécédents :	Mes médicaments :	Les médicaments que j'ai sur moi, ainsi que l'endroit où ils sont conservés :
<input type="checkbox"/> cardio-vasculaires (Cholestérol Hyper Tension Artérielle)		
<input type="checkbox"/> pulmonaires (Asthme, Broncho-Pneumonie Chronique Obstructive, Embolie Pulmonaire etc...)		
<input type="checkbox"/> coronaropathie (stents)		
<input type="checkbox"/> infarctus		
<input type="checkbox"/> autres, préciser		
J'ai un traitement anticocoagulant :		Préconisations particulières à mon égard :
<input type="checkbox"/> Aspirine		
<input type="checkbox"/> AVK (Préviscan, ou ?)		
<input type="checkbox"/> Plavix		
<input type="checkbox"/> autres, préciser		
Je suis diabétique, mes médicaments :		

Prévenir l'animateur devant tout signe anormal :

- Douleur ou gêne dans la poitrine

- Essoufflement anormal pendant l'effort

- Palpitation cardiaque pendant ou après l'effort

- Malaise à l'effort ou juste après

- Fatigue soudaine, nausées

- Trouble de la vision, de la parole