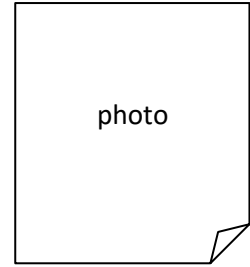




LE CAILAR



**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

NOM : PRENOM :  
 ADRESSE :  
 DATE DE NAISSANCE :  
 N° SECURITE SOCIALE :  
 TELEPHONE FIXE : TELEPHONE PORTABLE :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

NOM MEDECIN TRAITANT : TELEPHONE :  
 NOM INFIRMIER(ERE) : TELEPHONE :  
 SPECIALISTE si besoin : TELEPHONE :  
 GROUPE SANGUIN :

**ORDONNANCES** en cours pour :

- Problème neurologique
- Problème respiratoire
- Problème cardiovasculaire
- Diabète
- Traitement anticoagulant
- Autres :

.....  
**Etes-vous porteur d'un pacemaker ?**  OUI  NON

**Disposez-vous du passeport vaccinal ?**  OUI  NON

**TRAITEMENTS** : Quels médicaments prenez-vous actuellement ?

.....  
 .....  
 .....

**ALLERGIES** : Souffrez-vous d'allergie(s) ?  OUI  NON

Si oui : de quelle(s) allergie(s) souffrez-vous ? : .....

.....  
 à quel(s) médicament(s) êtes-vous allergique ? : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :**

.....  
 .....  
 .....

