



FICHE DE RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE COMPOSEZ LE 911

French

COORDONNÉES CONTACT INFORMATION

Prénom _____ **Nom de famille** _____
(First Name) (Last Name)

Adresse _____ **Numéro d'appartement** _____
(Address) (Apartment Number)

Ville _____ **Code postal** _____
(City) (Postal Code)

Numéro de tél. principal (_____) _____ - _____ **Autre numéro de tél.** (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Carte santé _____ - _____ - _____ **Date de naissance** ____ / ____ / ____
(Health Card) (Birth Date) **jour** (day) **mois** (month) **année** (year)

Langue(s) maternelle(s) _____ **Sexe** ☐ **H** ☐ **F**
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

☐ **Directive de soins avancés** **→ Au dossier avec** _____
(Advanced Care Directive) (On file with)

Contact en cas d'urgence 1 _____
(Emergency Contact 1)

Numéro de tél. principal (_____) _____ - _____ **Autre numéro de tél.** (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Contact en cas d'urgence 2 _____
(Emergency Contact 2)

Numéro de tél. principal (_____) _____ - _____ **Autre numéro de tél.** (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Principal fournisseur de soins _____
(Primary Care Provider)

Téléphone (_____) _____ - _____
(Phone)

HISTORIQUE MÉDICAL PERTINENT RELEVANT MEDICAL HISTORY

☐ Cardiaque (angine, crise cardiaque, pontage, stimulateur cardiaque) (Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))	☐ Diabétique (insulino-dépendant ou non insulino-dépendant) (Diabetic (insulin / non insulin dependant))	☐ Cancer (Cancer)
☐ AVC/AIT (Stroke/TIA)	☐ MOR (emphysème, bronchite) (COPD (emphysema, bronchitis))	☐ Alzheimer (Alzheimer)
☐ Hypertension (hypertension artérielle) (Hypertension (high blood pressure))	☐ Crise (convulsions) (Seizure (convulsions))	☐ Démence (Dementia)
☐ Insuffisance cardiaque congestive (Congestive heart failure)	☐ Asthme (Asthma)	☐ Psychiatrique (Psychiatric)
Autre _____ (Other)		

Médicaments MEDICATIONS

1) _____	6) _____	11) _____
2) _____	7) _____	12) _____
3) _____	8) _____	13) _____
4) _____	9) _____	14) _____
5) _____	10) _____	15) _____

Allergies Médicales MEDICAL ALLERGIES

☐ **Aucune allergie connue** (No Known Allergies) ☐ **Pénicilline** (Penicillin) ☐ **AAS (Aspirine)** (ASA) ☐ **Sulfa** (Sulpha) ☐ **Codéine** (Codeine)

Other (Other) _____

Considérations Spéciales SPECIAL CONSIDERATIONS

Infection/maladie transmissible _____
(Communicable Infection / Disease)

Autre _____
(Other)

Affiliation d'un hôpital _____ **→** ☐ **Historique détaillé,** _____
(Hospital affiliation) (Extensive history)

☐ **Spécialité** (dialyse, neuro, etc.) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

Mobilité/Sensoriel MOBILITY / SENSORY

☐ **Dentiers** (Dentures) ☐ **Visuel** (déficience/lunettes/aveugle) (Visual (impairment / glasses / blind)) ☐ **Ouïe** (déficience/aide/sourd) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ **Problèmes de mobilité** (canne/fauteuil roulant/marchette/scooter motorisé/membre artificiel)
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

Personnes-ressources pour le soin des animaux PET CARE CONTACTS

Personne-ressource 1 _____ **Téléphone** (_____) _____ - _____
(Contact 1) (Phone)

Personne-ressource 2 _____ **Téléphone** (_____) _____ - _____
(Contact 2) (Phone)

Liste des animaux et instructions pour leurs soins _____
(List of pets and pet care instructions)

Remplie par _____ **Date** ____ / ____ / ____
(Completed by) (Date) **jour** **mois** **année**
(day) (month) (year)