

EXEMPLE D'UN FORMULAIRE POUR UN DOSSIER MÉDICAL



CANADA

Date: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Catégorie: _____

No. assurance-maladie: _____

Adresse: _____

No. Téléphone (Résidence): _____ Autre: _____

| |
|---------------------------------------|
| No. Téléphone d'urgence: _____ |
| Nom: _____ Prénom: _____ |
| Lien de parenté: _____ Adresse: _____ |

Histoire médicale: _____

Allergies (Types): _____

Allergies aux médicaments: _____

Maladies chroniques: _____

Ténanos (Date récente): _____

Verres de contact: _____

Problèmes physiologiques (blessures antérieures): _____

Hôpital visité: _____

dossier médical: _____

Médecin traitant: _____

No. Téléphone du médecin traitant: _____