

FICHE MÉDICALE

Renseignements personnels

Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge _____ Sexe F M

Adresse principale : _____

Numéro de la carte d'assurance maladie : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom : _____ Téléphone(s) : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom et prénom : _____ Téléphone(s) : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant : _____

Renseignements médicaux

Intervention chirurgicale : Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale que vous jugez important de nous communiquer? OUI ___ NON ___

Spécifiez : _____

Antécédents médicaux :

| Souffre-t-il (elle) de ? | | | |
|--------------------------|-----|-----|--------|
| | Oui | Non | Depuis |
| Asthme | | | |
| Hernies | | | |
| Épilepsies | | | |
| Diabète | | | |
| Otites à répétition | | | |
| Autre | | | |

| Souffre-t-il (elle) d'allergies ? | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|-----------|
| | Oui | Non | Spécifiez |
| Saisonniers | | | |
| Alimentaire | | | |
| Noix | | | |
| Piqûres insectes | | | |
| Animaux | | | |
| Médicaments | | | |
| Autre | | | |

| Vaccination | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| | Oui | Non |
| À jour ? | | |
| Si non, lesquels sont manquants ? | | |

Votre enfant a-t-il en sa possession sa dose d'adrénaline (Épipen) en fonction de ses allergies? OUI ___ NON ___

Votre enfant prend-t-il des médicaments ? OUI ___ NON ___ Spécifiez : _____

A-t-il besoin d'assistance? OUI ___ NON ___ Spécifiez : _____

Autorisation parentale / Prise de médicaments

Par la présente, j'autorise la direction du *Centre Littera* (ou la personne désignée par le Centre) à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant, par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du *Centre Littera* à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état. J'autorise également les personnes désignées par le *Centre Littera* à administrer (s'il y a lieu) selon le besoin et en cas d'urgence la dose d'adrénaline (Épipen) prévue par sa prescription à mon enfant. Selon les soins requis par son état, j'autorise les personnes désignées par le Centre Littera à administrer des médicaments de marques connus tels que (veuillez cocher les médicaments autorisés):

Acétaminophène (Tylénol) Ibuprofène (Advil) Antihistaminique (Benadryl) Calamine Crème Antibiotique (Polysporin)

Poids : _____

Je confirme avoir lu et compris l'ensemble des informations inscrite sur la *fiche médicale*.

Signature d'un parent ou du tuteur: _____

Signé à Montréal, le _____

Signature de l'intervenant du Centre Littera: _____