

EN CAS D'ACCIDENT
(Pour les secouristes)
FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE
A METTRE DANS LE SAC A DOS, avec carte Vitale et CNI

Nom.....Prénom.....Né(e)le.....

Adresse: RueN°Bt.....

Localité :CP :Tél.....

N° de sécurité sociale:

N° de mutuelle:

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom –

Adresse

:

Tél :

Nom –

Adresse

:

Tél :

Médecin traitant

Nom –

Adresse :

.....

Tél :

Informations médicales confidentielles Êtes-vous atteint de :

- Diabète
- Asthme
- Affection cardiaque
- Affection cutanée
- Handicap moteur
- Autre(s) Si oui, précisez

.....

Fréquence et gravité

:

Êtes-vous allergique à certaines matières, aliments, insectes, médicaments etc. ?

Oui / Non Si oui, lesquels ?

.....

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Oui / Non Si oui, lequel ?

.....

Êtes-vous sous traitement médicamenteux? (Allopathie, médecine naturelle, pilule contraceptive, etc.) ? Oui / Non Si oui, lesquels ?

.....

Avez-vous été vacciné contre le tétanos ? Oui/Non (date du dernier rappel)

Avez-vous reçu le sérum antitétanique ? Oui / Non (en quelle année ?)

.....

Groupe sanguin:

Rhésus:

Remarques éventuelles: