



FICHE DE SANTÉ - JEUNES ET ADULTES

Les renseignements suivants sont importants afin d'assurer la santé et la sécurité de tous. Ce formulaire est utilisé tant que la personne est membre de l'Association des Scouts du Canada. Nous vous suggérons de mettre le formulaire à jour à chaque année.

Nom _____ Numéro RAMQ _____

Adresse _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Numéro de tél. _____ Nom de fille de la mère _____

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom _____ Numéro de tél. _____

Adresse complète _____ Code postal _____

EN CAS D'URGENCE AVERTIR:

Nom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Code postal _____

Numéro de téléphone: _____
maison bureau cellulaire

Répondre aux questions suivantes par un ✓

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (maladies dites d'enfance)

varicelle	<input type="checkbox"/>	diphtérie	<input type="checkbox"/>	scarlatine	<input type="checkbox"/>	rougeole	<input type="checkbox"/>
rubéole	<input type="checkbox"/>	coqueluche	<input type="checkbox"/>	oreillons	<input type="checkbox"/>	roséole	<input type="checkbox"/>

AUTRES MALADIES ANTÉRIEURES

typhoïde	<input type="checkbox"/>	jaunisse	<input type="checkbox"/>	tétanos	<input type="checkbox"/>	troubles digestifs	<input type="checkbox"/>
mononucléose	<input type="checkbox"/>	diabète	<input type="checkbox"/>	bronchite	<input type="checkbox"/>	maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>
pleurésie	<input type="checkbox"/>	pneumonie	<input type="checkbox"/>	tuberculose	<input type="checkbox"/>	rhumatisme articulaire aigue	<input type="checkbox"/>
épilepsie	<input type="checkbox"/>	convulsions	<input type="checkbox"/>	poliomyélite	<input type="checkbox"/>	maladies rénales	<input type="checkbox"/>

Si oui, expliquer: (date, médecin ou hôpital, traitement reçu)

ALLERGIES

Eczéma Urticaire Asthme
 Fièvre des foins Piqûres d'abeille Autre

Aux médicaments (spécifier, ex.: pénicilline, "aspirine", etc.)

Aux produits chimiques (spécifier)

A la nourriture (spécifier)

Autres (spécifier) : _____

VACCINATIONS (date)

_____ DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos)	_____ Rougeole
_____ Poliomyélite	_____ Rubéole
_____ BCG (tuberculose)	_____ Oreillons
_____ Anti-variolique	_____ Autres (spécifier)

Avez-vous déjà eu un accident? Oui Non Avez-vous déjà subi une opération? Oui Non
 Avez-vous déjà été hospitalisé? Oui Non Nom de l'hôpital: _____

raisons _____ année _____

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL → Souffrez-vous de... ?

Sinusite <input type="checkbox"/>	Perte de conscience <input type="checkbox"/>	Arthrite ou rhumatisme <input type="checkbox"/>
Maux de tête <input type="checkbox"/>	Trouble de la vue <input type="checkbox"/>	Douleur au ventre <input type="checkbox"/>
Épilepsie <input type="checkbox"/>	Myopie (port de lunettes) <input type="checkbox"/>	Troubles urinaires <input type="checkbox"/>
Essoufflement <input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles <input type="checkbox"/>	Troubles menstruels <input type="checkbox"/>
Cauchemars <input type="checkbox"/>	Maux de gorge (amygdalite) <input type="checkbox"/>	Pertes vaginales anormales <input type="checkbox"/>
Indigestion <input type="checkbox"/>	Douleur à la poitrine <input type="checkbox"/>	Maladie de la peau <input type="checkbox"/>
Constipation <input type="checkbox"/>	Toux et crachats <input type="checkbox"/>	Fatigue inhabituelle <input type="checkbox"/>
Diarrhée <input type="checkbox"/>	Étourdissement <input type="checkbox"/>	Troubles de l'appétit <input type="checkbox"/>
Somnambulisme <input type="checkbox"/>		

Remarques: _____

Date du dernier examen dentaire: _____

Indiquez le nom et la posologie de tout médicament à prendre lors des activités scoutes:

MENSTRUATION

	Oui	Non		Oui	Non
Menstruée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments pendant cette période?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suffisamment renseignée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels?	_____	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (indiquer père, mère, frère, sœur, oncle, tante, grands-parents)

Allergie _____	Épilepsie _____
Cancer _____	Maladie cardiaque _____
Diabète _____	Troubles mentaux _____
	Tuberculose _____

Signature: _____ Date : _____
 (si moins de 18 ans, parent ou tuteur)