



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 ✓

NATATION : sait nager difficulté à nager

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (maladies dites d'enfance)

varicelle diphtérie scarlatine rougeole
 rubéole coqueluche oreillons roséole

AUTRES MALADIES ANTÉRIEURES

typhoïde jaunisse tétanos troubles digestifs
 mononucléose diabète bronchite maladie cardiaque
 pleurésie pneumonie tuberculose rhumatisme articulaire
 épilepsie convulsions poliomyélite aigüe
maladies rénales

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

ALLERGIES

Eczéma Urticaire Asthme
 Fièvre des foins Piqûres d'abeille Autre
 À la nourriture (spécifier) _____

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

Aux produits chimiques (spécifier) _____

Type de réaction : _____

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)