

FRIGO MED

GARDEZ VOS INFORMATIONS À JOUR!!! / KEEP INFORMATION UP TO DATE!!!

Veuillez réviser votre information aux 6 mois / *Review information at least every 6 months*

Information révisée le (date) / *Medical data reviewed as of (date):* _____

INFORMATIONS PERSONNES / PERSONNAL INFORMATION

Nom <i>Name</i>	Date de naissance <i>Date of Birth</i>	
Adresse <i>Address</i>		
Type de sang <i>Blood type</i>	# Assurance maladie <i>Medicare #</i>	Religion
Médecin de famille <i>Family doctor</i>	# téléphone (médecin) <i>Phone # (doctor)</i>	
Procuration pour soins de santé (endroit ou le trouver) <i>Health Care Proxy on file at</i>		
Testament de vie (endroit ou le trouver) <i>Living Will on file at</i>		

Avez-vous une directive de ne pas tenter de Réanimation cardiopulmonaire (RCP) ou un formulaire "Ordres de ne pas réanimer (NPR)"?

Do you have an EMS-NO CPR directive or a DNR form?

OUI / YES NON / NO

Si oui, svp placez une copie avec ce formulaire

If yes, please add a copy with this form

CONTACT EN CAS D'URGENCE / EMERGENCY CONTACT

Nom <i>Name</i>	# téléphone (1) <i>Phone # (1)</i>	# téléphone (2) <i>Phone # (2)</i>
Nom <i>Name</i>	# téléphone (1) <i>Phone # (1)</i>	# téléphone (2) <i>Phone # (2)</i>

CHIRURGIE RÉCENTE / RECENT SURGERY

N'oubliez pas d'inscrire la date de votre chirurgie / Don't forget to indicate the date of the surgery

Cochez toutes les cases qui s'appliquent / Check all that exist

<input type="checkbox"/> Aucune condition médicale connue No known medical conditions	<input type="checkbox"/> Démence / Alzheimer Dementia / Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Lymphomes Lymphomas
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral Stroke	<input type="checkbox"/> Dysrythmie cardiaque Cardiac Dysrhythmia	<input type="checkbox"/> Myasthénie grave Myasthenia Gravis
<input type="checkbox"/> Anémie drépanocytaire Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/> ECG anormale Abnormal EKG	<input type="checkbox"/> Pontage coronarien Coronary Bypass Graft
<input type="checkbox"/> Anémie hémolytique Hemolytic Anemia	<input type="checkbox"/> Glaucome Glaucoma	<input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire cardiaque Heart Valve Prosthesis
<input type="checkbox"/> Angine de poitrine Angina	<input type="checkbox"/> Hémodialyse Hemodialysis	<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque Pacemaker
<input type="checkbox"/> Asthme Asthma	<input type="checkbox"/> Hépatite de type " _____ " Hepatitis-Type " _____ "	<input type="checkbox"/> Trouble de coagulation Clotting Disorder
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle Hypertension	<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire Memory Impaired
<input type="checkbox"/> Cataractes Cataracts	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie Hypoglycemia	<input type="checkbox"/> Troubles de la vision Vision Impaired
<input type="checkbox"/> Chirurgie des yeux Eye Surgery	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale Renal Failure	<input type="checkbox"/> Trouble épileptique Seizure Disorder
<input type="checkbox"/> Diabète / Dépendance à l'insuline Diabetes / Insulin Dependent	<input type="checkbox"/> Laryngectomie Laryngectomy	<input type="checkbox"/> Tuberculose Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Déficience auditive Hearing Impaired	<input type="checkbox"/> Leucémie Leukemia	
<input type="checkbox"/> Autre Other		

CONDITIONS SPÉCIALES - NOTES / SPECIAL CONDITIONS - REMARKS
