



*Les Amis de l'Est pour la Déficience
Intellectuelle*

Fiche médicale 2014

Identification de la personne

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : (____) _____ Âge : _____

Date de naissance : _____

No. assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Type de déficience et/ou handicap : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Lien : _____

Tél. : rés. (____) _____ Tél. trav. (____) _____

Nom : _____ Lien : _____

Tél. : rés. (____) _____ Tél. trav. (____) _____

Informations médicales

Hôpital où la personne est traitée : _____

Adresse : _____

Nom du médecin : _____ Tél. : (____) _____

Nom de la pharmacie : _____ Tél. : (____) _____

La personne souffre-t-elle de :

Diabète : Oui Non Spécifiez : _____

Asthme : Oui Non Spécifiez : _____

Problèmes cardiaques : Oui Non Spécifiez : _____

Problèmes respiratoires : Oui Non Spécifiez : _____

Autres : _____

Doit-elle recevoir des traitements particuliers : Oui Non

Spécifiez : _____

Autorisation 2014 – Administration de médicaments

- J'autorise les intervenants de l'organisme **LES AMIS DE L'EST** à administrer au participant la médication qui lui est prescrite.
- Prenez note qu'il est **obligatoire** de bien identifier la médication qui doit être administrée au participant.
- Prenez note qu'il est **obligatoire** que la médication à administrer soit en **dispills** sur laquelle nous devons retrouver la **posologie** et le **nom de l'usager**. Les **dispills** sont disponibles en pharmacie.
- Il est de la **responsabilité** du parent/responsable du participant de prévenir **LES AMIS DE L'EST** lorsqu'il y a un changement dans la médication de la personne.

Signature du parent ou responsable : _____ Date : _____

Autorisation 2014 – Procédures en cas de premiers soins

- J'autorise **LES AMIS DE L'EST** à appliquer les premiers soins et d'avoir recours aux services médicaux d'urgence, incluant le transport en ambulance vers un centre hospitalier, si les intervenants jugent que la situation le requiert.
- Le parent/responsable doit demeurer joignable en tout temps lors des activités auxquelles la personne participe avec **LES AMIS DE L'EST**. Le parent/responsable sera joint par téléphone lors de situation d'urgence.

Signature du parent ou responsable : _____ Date : _____