

3. Maladies connues :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Médicaments habituels :

Attention ! Ne mettez pas de médicaments dans la boîte.

Joignez si possible le «schéma thérapeutique» daté et délivré par votre pharmacien ou votre médecin.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Allergies médicamenteuses :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Commentaires :

Inscrivez ici ce que vous pensez devoir communiquer de vous (exemples : peurs, présences d'animaux de compagnie,...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AIDANT-PROCHE

À compléter si vous êtes la personne décrite dans la fiche et que vous êtes l'aidant-proche de quelqu'un d'autre (y compris de votre époux(se) ou cohabitant(e) si celui(elle)-ci ne peut se débrouiller sans votre assistance).

« aidant proche » de :

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Numéro :

Code postal :

Boîte :

Localité :

n'est pas « aidant proche ».

Zone à faire remplir par votre médecin traitant

Pour plus d'efficacité, merci de faire valider cette fiche par votre médecin traitant en lui demandant d'apposer sa signature.

Revu par Dr

Signature :

Pensez à mettre régulièrement à jour les données du formulaire

Date de la dernière mise à jour du document :



**Merci aux intervenants
de laisser cette boîte à
domicile**

Remarque importante :

En aucun cas la responsabilité des intervenants des services d'urgence ne peut être engagée au cas où cette fiche n'aurait pas été consultée lors de l'intervention.