

FICHE CONFIDENTIELLE D'INFORMATION MEDICALE



Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Poids : Taille : IMC (P/T²)

1/ Pouvez-vous noter entre 1 et 10 votre état de santé : (0 : en très mauvaises santé ; 10 en excellente santé)

2/ Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème chronique :

oui non

si oui laquelle ou lequel ?

3/ Souffrez-vous ce jour d'une maladie ou d'un problème aigu :

oui non

si oui laquelle ou lequel ?

4/ Avez-vous habituellement des difficultés pour vous déplacer :

oui non

si oui pour quel motif ?

5/ Portez-vous :

des lunettes ou des lentilles ?

une prothèse auditive

une autre prothèse (hanche, genou, pile pour le cœur)

si oui laquelle ou lesquelles ?

6/ Avez-vous des troubles de l'équilibre :

oui non

7/ Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :

- malaise ou perte de connaissance : oui non

- douleur thoracique : oui non

- palpitations, cœur irrégulier : oui non

- fatigue ou essoufflement inhabituel : oui non

8/ Quels sont les signes qui peuvent survenir chez vous en cas d'effort ? Ne donnez que les signes essentiels (malaise, perte de connaissance, douleur thoracique, essoufflement, fatigue soudaine ou inexplicquée, troubles du rythme cardiaque

-

9/ Quels médicaments prenez-vous actuellement :

.....

10/ Quels médicaments devez-vous avoir sur vous et devez-vous prendre en cas de problème :

-

-

Personne à prévenir en cas d'incident : Nom et prénom

Tél.

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Date :

Signature :

*Fiche à conserver dans son sac à dos
avec les copies des ordonnances, carte identité, carte vitale et carte mutuelle*