

Liste de vérification du sac « Medical Go »

Documents

- Document sur les antécédents médicaux (inclus)
- Copie d'une pièce d'identité : permis de conduire, etc.
- Copie de la carte d'assurance maladie
- Copie des directives anticipées ou de la procuration
- Document d'informations sur les soins aux animaux de compagnie (inclus)

Articles de bien-être

- Étui pour prothèses dentaires
- Aide technique, le cas échéant
- Livre préféré
- Scrabble, Sudoku, jeux
- Téléphone cellulaire/iPad/tablette et chargeurs
- Papier et stylo
- Photo de proches
- Objet réconfortant de chez vous
- Pantoufles antidérapantes/chaussures sans lacets

Extras

- Chemise, pantalon et sous-vêtements de rechange
- Clé de rechange de la maison
- Appareils auditifs de rechange avec piles
- Paire de lunettes ou lentilles de contact de rechange
- Nourriture, le cas échéant
- Bouteille d'eau remplissable



Étiquette imprimable pour sac

Imprimez-la et découpez-la avec des ciseaux.
Fixez-la à votre trousse médicale d'urgence.



Appartient à : _____



Sac d'urgence m é dical



Contient des produits médicaux indispensables – À garder sur soi



Appartient à : _____



Sac d'urgence m é dical



Contient des produits médicaux indispensables – À garder sur soi



Appartient à : _____



Sac d'urgence m é dical



Contient des produits médicaux indispensables – À garder sur soi


Antécédents médicaux

Informations sur le patient			Langue préférée :	
Nom :		Date de naissance :		Sexe :
Adresse			Téléphone	
Contact d'urgence n° 1				
Nom		Relation		Téléphone
Contact d'urgence n° 2				
Nom		Relation		Téléphone
Contact d'urgence n° 3				
Nom		Relation		Téléphone
Informations sur l'assurance				
Assureur			Numéro de police	
Antécédents personnels <i>(cochez toutes les cases qui s'appliquent)</i>				
<input type="checkbox"/> Aucun problème de santé connu <input type="checkbox"/> Allergies (médicaments, aliments, environnement) <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Cancer (Préciser.....) <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive <input type="checkbox"/> MPOC/emphysème <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Diabète (Type 1 / Type 2) <input type="checkbox"/> Épilepsie/crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> RGO (Reflux gastro-œsophagien) <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Goutte			<input type="checkbox"/> Crise cardiaque/maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Maladie rénale/calculs rénaux <input type="checkbox"/> Maladie du foie/hépatite <input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Toxicomanie (alcool/drogues) <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne (hypothyroïdie/hyperthyroïdie) <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Ulcères	
Autres problèmes médicaux :				
Traitements/médicaments				
Nom(s)	Dosage(s)	Fréquence	Objectif	Remarque(s)

Traitements/médicaments				
Nom(s)	Dosage(s)	Fréquence	Objectif	Remarque(s)
Restrictions alimentaires :			Allergies :	
Antécédents familiaux (<i>cochez toutes les cases qui s'appliquent</i>)				
<input type="checkbox"/> Aucun antécédent familial connu de troubles médicaux <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie			<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne <input type="checkbox"/> Maladie rénale <input type="checkbox"/> Troubles de santé mentale (dépression, anxiété, etc.) <input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du médecin traitant :			Informations supplémentaires sur la santé :	
Numéro de téléphone et adresse du médecin traitant :				
Interventions chirurgicales/procédures (avec dates) :				
Nom de la pharmacie :				
Numéro de téléphone de la pharmacie :				
Adresse de la pharmacie :				

Veillez utiliser cette page pour partager toute autre information importante sur les patients pour l'équipe médicale :

Informations sur les soins pour les animaux de compagnie

Nom de l'animal ou des animaux de compagnie :		 <p>Ajoutez une photo de votre animal ou de vos animaux de compagnie ici</p>
Sexe :	Âge :	
Race :		
Couleur :		

Informations alimentaires

Veillez indiquer ci-dessous toutes les informations alimentaires pertinentes concernant votre animal ou vos animaux de compagnie. Y compris la marque des aliments, la quantité et la fréquence des repas.

Sorties pour faire ses/leurs besoins

Veillez indiquer ci-dessous toutes les informations pertinentes concernant les sorties de votre animal ou de vos animaux de compagnie pour faire ses/leurs besoins.

Informations supplémentaires

Veillez indiquer ci-dessous toute information supplémentaire concernant votre animal ou vos animaux de compagnie, telle que les sorties à l'extérieur et/ou les médicaments. Informations sur le vétérinaire, telles que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone.

Personne à rejoindre pour l'animal ou les animaux de compagnie et numéro de téléphone :