



## FICHE DE SANTÉ – JEUNES ET ADULTES

Les renseignements suivants sont importants afin d'assurer la santé et la sécurité de tous. Ce formulaire est utilisé tant que la personne est membre de l'Association des Scouts du Canada. Nous vous suggérons de mettre le formulaire à jour à chaque année.

---

Nom	Numéro RAMQ	
Adresse	Code postal	
Date de naissance	Numéro de tél.	Nom de fille de la mère

### MÉDECIN DE FAMILLE

---

Nom	Numéro de tél.
Adresse complète	Code postal

### EN CAS D'URGENCE AVERTIR:

---

Nom	Lien de parenté
Adresse	Code postal

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

maison
  bureau
  cellulaire

Répondre aux questions suivantes par un ✓

### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (maladies dites d'enfance)

varicelle	<input type="checkbox"/>	diphtérie	<input type="checkbox"/>	scarlatine	<input type="checkbox"/>	rougeole	<input type="checkbox"/>
rubéole	<input type="checkbox"/>	coqueluche	<input type="checkbox"/>	oreillons	<input type="checkbox"/>	roséole	<input type="checkbox"/>

### AUTRES MALADIES ANTÉRIEURES

typhoïde	<input type="checkbox"/>	jaunisse	<input type="checkbox"/>	tétanos	<input type="checkbox"/>	troubles digestifs	<input type="checkbox"/>
mononucléose	<input type="checkbox"/>	diabète	<input type="checkbox"/>	bronchite	<input type="checkbox"/>	maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>
pleurésie	<input type="checkbox"/>	pneumonie	<input type="checkbox"/>	tuberculose	<input type="checkbox"/>	rhumatisme articulaire aigue	<input type="checkbox"/>
épilepsie	<input type="checkbox"/>	convulsions	<input type="checkbox"/>	poliomyélite	<input type="checkbox"/>	maladies rénales	<input type="checkbox"/>

Si oui, expliquer: (date, médecin ou hôpital, traitement reçu)

---

ALLERGIES

Eczéma       Urticaire       Asthme   
 Fièvre des foins       Piqûres d'abeille       Autre

Aux médicaments (spécifier, ex.: pénicilline, "aspirine", etc.)

Aux produits chimiques (spécifier)

A la nourriture (spécifier)

Autres (spécifier) : \_\_\_\_\_

VACCINATIONS (date)

_____ DCT (diphtérie, coqueluche, tétanos)	_____ Rougeole
_____ Poliomyélite	_____ Rubéole
_____ BCG (tuberculose)	_____ Oreillons
_____ Anti-variolique	_____ Autres (spécifier)

Avez-vous déjà eu un accident?    Oui  Non       Avez-vous déjà subi une opération?    Oui  Non   
 Avez-vous déjà été hospitalisé?    Oui  Non       Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

raisons \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL → Souffrez-vous de... ?

Sinusite <input type="checkbox"/>	Perte de conscience <input type="checkbox"/>	Arthrite ou rhumatisme <input type="checkbox"/>
Maux de tête <input type="checkbox"/>	Trouble de la vue <input type="checkbox"/>	Douleur au ventre <input type="checkbox"/>
Épilepsie <input type="checkbox"/>	Myopie (port de lunettes) <input type="checkbox"/>	Troubles urinaires <input type="checkbox"/>
Essoufflement <input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles <input type="checkbox"/>	Troubles menstruels <input type="checkbox"/>
Cauchemars <input type="checkbox"/>	Maux de gorge (amygdalite) <input type="checkbox"/>	Pertes vaginales anormales <input type="checkbox"/>
Indigestion <input type="checkbox"/>	Douleur à la poitrine <input type="checkbox"/>	Maladie de la peau <input type="checkbox"/>
Constipation <input type="checkbox"/>	Toux et crachats <input type="checkbox"/>	Fatigue inhabituelle <input type="checkbox"/>
Diarrhée <input type="checkbox"/>	Étourdissement <input type="checkbox"/>	Troubles de l'appétit <input type="checkbox"/>
Somnambulisme <input type="checkbox"/>		

Remarques: \_\_\_\_\_

Date du dernier examen dentaire: \_\_\_\_\_

Indiquez le nom et la posologie de tout médicament à prendre lors des activités scoutes:

MENSTRUATION

	Oui	Non		Oui	Non
Menstruée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments pendant cette période?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suffisamment renseignée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels?	_____	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (indiquer père, mère, frère, sœur, oncle, tante, grands-parents)

Allergie _____	Épilepsie _____
Cancer _____	Maladie cardiaque _____
Diabète _____	Troubles mentaux _____
	Tuberculose _____

Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 (si moins de 18 ans, parent ou tuteur)