

FICHE D'IDENTITÉ PERSONNELLE

NOM: _____ PRÉNOM: _____ SEXE: __M / __F

ADRESSE: _____ VILLE: _____

TEL. RÉSIDENCE: (____) _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE _____

TÉL.: _____

MON GROUPE SANGUIN: _____

ALLERGIE(S): _____

MÉDICAMENT(S) IMPORTANT(S): _____

JE PRENDS SUR UNE BASE RÉGULIÈRE:

ANTI-COAGULANT ASA 80 COUMADIN

RAMQ

SAAQ

HÔPITAL

AUTRE