

# 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