

④ Antécédents médicaux :

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | type de crise |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires | type |
| <input type="checkbox"/> Asthme – autres affections respiratoires | type |
| <input type="checkbox"/> HTA | variation de tension habituelle : |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation | type |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique | type |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale | type |
| <input type="checkbox"/> Allergies | type |
| <input type="checkbox"/> Affections dermatologiques, | type |
| <input type="checkbox"/> Hernies | type |
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire | type |
| <input type="checkbox"/> Problème orthopédique | type |

⑤ Antécédents chirurgicaux :

Type

⑥ Antécédents traumatiques sportifs :

Type

⑦ Médication en cours :

Nom des médicaments	Posologie	Heures	Date de prescription

⑧ Allergies médicamenteuse connues :

Autre type d'allergie :

⑨ Vaccination Tétanos :
date du dernier rappel

⑩ Régime particulier :

Diabète : oui non

Autre type :

Autres informations que vous jugez importantes :

.....

.....

.....

.....

Joindre la photocopie : de la carte de sécurité sociale et de la mutuelle complémentaire.