

# Dossier médical personnel

**Gardez à jour ce dossier ainsi que ceux des membres de votre famille\*.**  
Apportez-le avec vous à l'occasion d'une consultation médicale.

## Coordonnées personnelles

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## Contact d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Assurance maladie (RAMQ)

N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance privée : \_\_\_\_\_

N° d'assuré : \_\_\_\_\_

## Mon médecin

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de la clinique médicale : \_\_\_\_\_

\* Au besoin, copiez le formulaire et remplissez une fiche par personne.

## Ma pharmacie

Problèmes de santé :

Diabète

Hypertension

Insuffisance cardiaque

MPOC, asthme

Insuffisance rénale

Nom de ma pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse de ma pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone de ma pharmacie : \_\_\_\_\_

Allergies à un ou des médicaments :

## Allergies alimentaires

Œufs

Arachides

Noix

Autres :

## Immunisations

Vaccin influenza (grippe) Date : \_\_\_\_\_

Vaccin pneumocoque Date : \_\_\_\_\_

Autres :

## Suivi de médication

Demandez à votre pharmacien de vous remettre votre profil de médication. (Si vous n'avez pas de profil fourni par votre pharmacien, remplissez le formulaire suivant.)\*

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Dernière mise à jour : \_\_\_\_\_

### Médication 1

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose (ex. : 100 mg, 5 mg/ml) : \_\_\_\_\_

Fréquence (ex. : 1 comprimé au coucher) : \_\_\_\_\_

### Médication 2

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose (ex. : 100 mg, 5 mg/ml) : \_\_\_\_\_

Fréquence (ex. : 1 comprimé au coucher) : \_\_\_\_\_

### Médication 3

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose (ex. : 100 mg, 5 mg/ml) : \_\_\_\_\_

Fréquence (ex. : 1 comprimé au coucher) : \_\_\_\_\_

### Médication 4

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose (ex. : 100 mg, 5 mg/ml) : \_\_\_\_\_

Fréquence (ex. : 1 comprimé au coucher) : \_\_\_\_\_

### Médication 5

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose (ex. : 100 mg, 5 mg/ml) : \_\_\_\_\_

Fréquence (ex. : 1 comprimé au coucher) : \_\_\_\_\_

### Médication 6

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose (ex. : 100 mg, 5 mg/ml) : \_\_\_\_\_

Fréquence (ex. : 1 comprimé au coucher) : \_\_\_\_\_

\* Si vous avez plus de 6 médicaments à prendre quotidiennement, veuillez joindre une seconde fiche à votre dossier médical.