

FICHE SANITAIRE ADULTE

Janvier 2017

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant vos activités / camp / stage.

Elle évite de vous munir de votre carnet de santé.

1- IDENTITE :

NOM : PRENOM :
 Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....
 Numéro de sécurité sociale :
 Nom et numéro de votre mutuelle :

2-VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des carnets de vaccinations ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé) .

DTP : OBLIGATOIRE pour accueillir des mineurs : ANTIDIPHTERIQUE – ANTITENIQUE – ANTIPOLIOMYELITIQUE (vaccination effectuée dans la petite enfance puis à 6 ans, à 11 ans, à 25 ans, à 45 ans, à 65 ans puis tous les 10 ans) +/- ANTICOQUELUCHEUSE

	Vaccins pratiqués	Dates
Précisez s'il s'agit : Du infanrix hexa, quinta ou tetra, Hexyon, tetravac, pentavac boostrix, reprevax, revaxis, ,		

Si vous n'êtes pas vacciné, merci de produire un certificat médical de contre-indication.

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ROR (MMR, Priorix, ROR vax)		MENINGITE (Meningitec, Neisvac, Menjugate)	
	Dates		Dates		Date
1 ^{er} vaccin		Vaccin		Vaccin	
Revaccination		Rappel			

HEPATITE B (Engerix, Genhevac, HBvax)		Autres vaccins :	NOM	Dates
	Dates			
1 ^{er} vaccin				
2 ^{eme} vaccin				
3 ^{eme} vaccin				

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX VOUS CONCERNANT :

Suivez vous un **traitement médical** pendant le séjour ? oui / non

Si oui lequel ?

AVEZ VOUS DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui / non

ALIMENTAIRES oui / non

MÉDICAMENTEUSES oui / non

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4-PERSONNE DE CONFIANCE A CONTACTER EN CAS DE PROBLEME DURANT LES ACTIVITES / CAMP / STAGE:

Nom : Prénom :

Téléphone :

Mail :