

# CONFIDENTIEL

## **FICHE SANTÉ – RÉSIDENCE (2022-2023)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Chambre : 6- \_\_\_\_\_

### **Contacts en cas d'urgence :**

#### Contact 1

Nom : \_\_\_\_\_ Lien (ex. : Mère) : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

#### Contact 2

Nom : \_\_\_\_\_ Lien (ex. : Mère) : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Avez-vous un ou des problèmes de santé ou de déficits ? Non  Oui (précisez)

<input type="checkbox"/>	Allergies _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Diabète _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Épilepsie _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Autre _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Autre _____	Médicament _____	Posologie _____
<input type="checkbox"/>	Autre _____	Médicament _____	Posologie _____

Déficit visuel : \_\_\_\_\_  
 Déficit auditif : \_\_\_\_\_

Quelle est la meilleure façon ou quelles sont les meilleures façons de vous aider en lien avec votre ou vos problèmes de santé ou déficits?

Quotidiennement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En situation de crise: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **CES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NE SERVIRONT QU'AUX SEULES FINS DE LA RÉSIDENCE**

*Je certifie par ma signature que les renseignements fournis sur mon historique médical sont exacts et j'autorise le Cégep de Sherbrooke et son personnel à me donner les soins médicaux nécessaires en cas d'urgence. Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins qui me seront administrés, le cas échéant.*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_