



Ottawa Community Paramedicine Program  
Programme de Paramédecine Communautaire d'Ottawa

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

<b>DÉMOGRAPHIE</b>	Nom: _____	Date de naissance: _____
	Adresse: _____	
	Téléphone: _____	Carte Santé: _____
	Contact en cas d'urgence: _____	Téléphone: _____
	Lien : _____	
	Médecin de famille: _____	Téléphone: _____

<b>HISTOIRE MÉDICALE</b>	<input type="checkbox"/> Cardiaque (Cœur) (Angine, Attaque de cœur, Pontage, Pacemaker)	<input type="checkbox"/> Cancer
	<input type="checkbox"/> Insuffisance Cardiaque. Œdème pulmonaire (CHF)	<input type="checkbox"/> Asthme
	<input type="checkbox"/> Accident Cérébraux vasculaire (Stroke (CVA) or TIA's)	<input type="checkbox"/> Emphysème
	<input type="checkbox"/> Diabète (Insuline / None-Insuline)	<input type="checkbox"/> Convulsion
	<input type="checkbox"/> Haute pression (Hypertension)	<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie
	<input type="checkbox"/> SARM(MRSA) / ERV (VRE) / C-Difficile	<input type="checkbox"/> MPOC (COPD)
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

<b>MÉDICAMENTS</b>	1. _____	2. _____	3. _____
	4. _____	5. _____	6. _____
	7. _____	8. _____	9. _____
	10. _____	11. _____	12. _____

<b>ALLERGIES</b>	1. _____	2. _____	3. _____
	4. _____	5. _____	6. _____

**Faire photocopier ce formulaire: 1- Mettre sur le réfrigérateur 2- Garder une copie avec vous 3- Donner une copie à vos proches**

SIGNES VITAUX	Date / Heure	Pouls	Pression Artérielle	Respiration	Glucose (sucre)	Saturation (Oxygène)	Température

TRANSPORTER PAR AMBULANCE	DATE	HÔPITAL	DIAGNOSTIQUE

Information additionnelle:

---

**Faire photocopier ce formulaire:**

**1- Mettre sur le réfrigérateur 2- Garder une copie avec vous 3- Donner une copie à vos proches**