**EN CAS D’ACCIDENT**

**(Pour les secouristes)**

**FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE**

**A METTRE DANS LE SAC A DOS, avec carte Vitale et CNI**

Nom......................................................Prénom……………..…………………Né(e)le......................................

Adresse: Rue ...................................................................N° .................... …Bt………………………

Localité : ......................................................................... CP : ..................... Tél

N° de sécurité sociale: .....................................................................................................................

N° de mutuelle: .................................................................

**Personnes à contacter en cas d’urgence**

Nom –

Adresse

 : .......................................................................................................................................................

..................................................................................................................... Tél :…………………….

Nom –

 Adresse

 : ........................................................................................................................................................

......................................................................................................................Tél : ………..................

**Médecin traitant**

Nom –

 Adresse : .........................................................................................................................................................

.....................................................................................................................Tél :…………………….

Informations médicales confidentielles Êtes-vous atteint de :

* Diabète
* Asthme
* Affection cardiaque
* Affection cutanée
* Handicap moteur
* Autre(s) Si oui, précisez

: ..................................................... ...............................................................................................

...........................................................................................................................................................Fréquence et gravité

 : ..............................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................Êtes-vous allergique à certaines matières, aliments, insectes, médicaments etc. ?

Oui / N on Si oui, lesquels ?

 .....................................................................................................................................................

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Oui / Non Si oui, lequel ? ....................................................... .............................................................................................. Êtes-vous sous traitement médicamenteux? (Allopathie, médecine naturelle, pilule contraceptive, etc.) ? Oui / Non Si oui, lesquels ?

 ....................................................... ........................................................................................... Avez-vous été vacciné contre le tétanos ? Oui/Non (date du dernier rappel) ........................

Avez-vous reçu le sérum antitétanique ? Oui / Non (en quelle année ?) ...................................................

Groupe sanguin: .................................

Rhésus: ................................

Remarques éventuelles: