

**UQAC- Formulaire de suivi médical d'un patient (Transcrire une copie pour le médecin)**

Date \_\_\_\_\_ Heure actuelle \_\_\_\_\_ Heure de l'incident \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Contacts d'urgence \_\_\_\_\_

# d'assurance maladie \_\_\_\_\_ # de médic-alerte \_\_\_\_\_

Plainte principale et/ou observations primaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Description de comment l'accident ou la condition médicale est survenu : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Niveau de conscience actuel :  Alerte  Parle difficilement  Réagit à douleur  Sans réponse

Respiration actuelle :  Excellente  Médiocre  Pénible  Très pénible

Circulation sanguine actuelle :  Excellente  Médiocre  Faible  Saignements

Lentilles cornéennes :  Oui  Non Année vacciné contre le tétanos : \_\_\_\_\_

Allergies (médic-alerte) : \_\_\_\_\_

Médicaments utilisés: \_\_\_\_\_

Dernier repas : \_\_\_\_\_

Histoire de la blessure ou maladie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plan de traitement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je refuse le traitement et j'en assumerai les conséquences :

Signature du patient \_\_\_\_\_

