

- FICHE MEDICALE -

- Nom de votre médecin :
- Adresse :
- N° de tél. :

• Nom :

Prénom :

- Date de Naissance :
- Nationalité
- Religion
- Adresse Permanente

- N° de tél.
- Changement d'adresse

Antécédents médicaux ou blessures antérieures

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tête | <input type="checkbox"/> Commotion (spécifiez le nbre) |
| <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Cou |
| <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Poitrine |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Membres |
| <input type="checkbox"/> Interventions Chirurgicales | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Syncope |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Cœur |
| <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> Autres (y compris reins) |

Infos supplémentaires

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vue normale | <input type="checkbox"/> Pupilles normales |
| <input type="checkbox"/> Verres de contact | <input type="checkbox"/> Ouïe normale |

Allergies/Médication

Prenez-vous de la Cortisone (stéroïde) ?
Avez-vous déjà été soigné avec de la Cortisone ?

Date du dernier vaccin contre le Tétanos :

Groupe sanguin (si connu) :
Veuillez donner les détails des blessures antérieures/interventions chirurgicales/conditions médicales, avec les dates

Inscrire tout traitement actuellement en cours

Veuillez indiquer vos éventuelles allergies

Détails

Parent le plus proche
Degré de parenté
Nom
Adresse
N° de Tél

Description du Transport du Cheval

Marque
Couleur
N° d'immatriculation