

Dossier de santé personnel

(Faites une photocopie de cette page et donnez-la à un proche en cas d'urgence)

Nom _____	Date de naissance _____
Adresse _____	Adresse courriel _____
_____	Numéro de téléphone _____
_____	Téléphone de votre employeur _____

Numéro de carte d'assurance-maladie _____

Données relatives à vos assurances privées : _____

Âge _____ Poids _____ Taille _____ Groupe sanguin _____

Date du diagnostic du VIH _____	Allergies et sensibilités aux médicaments : _____
Autres troubles médicaux : _____	_____
_____	_____
_____	_____

Antécédents familiaux (p. ex. : avez-vous un proche parent atteint de diabète, de cancer ou d'une maladie du cœur, etc?)			
Trouble médical	Lien de parenté	Trouble médical	Lien de parenté
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fournisseurs de soins		
Spécialisation	Nom	Coordonnées
Médecin de famille	_____	_____
Spécialiste du VIH	_____	_____
Pharmacien	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En cas d'urgence, contactez :

Nom _____ Relation _____ Téléphone _____

Médicaments anti-VIH utilisés (Tenez cette liste à jour)

Médicament anti-VIH	Schéma posologique	Instructions spéciales	Date de début	Date de fin	Raison de l'arrêt du traitement

Autres médicaments ou traitements utilisés (Tenez cette liste à jour)

Nom du médicament ou du traitement	Dose (s'il y a lieu)	Instructions spéciales	Date de début	Date de fin	Raison de l'arrêt du traitement

Antécédents d'épisodes médicaux significatifs (p. ex. : hospitalisation, maladie grave, chirurgie) (Tenez cette liste à jour)

Date	Description de l'épisode	Remarques

Tests de suivi (Inscrivez les résultats de chaque test de charge virale et compte de CD4+, ainsi que de tous les autres tests dont vous voulez suivre les tendances au fil du temps, comme vos taux de cholestérol ou de triglycérides, par exemple.)

Date du test											
Charge virale											
Compte de CD4+											

Fiche des symptômes et des effets secondaires

Description du symptôme/effet secondaire	Quand s'est-il produit et pendant combien de temps a-t-il duré?	Quel traitement a été administré?	Remarques

Points à signaler à votre médecin

(Faites des photocopies de cette page et apportez-en une lors de chacun de vos rendez-vous)

Changements dans mon état de santé depuis mon dernier rendez-vous (p. ex. : de nouveaux symptômes ou de nouvelles maladies)

Difficultés avec mon traitement et/ou mes soins

Questions à poser au médecin

Choses dont j'ai besoin (renouvellement d'ordonnances, références, etc.)

Plans d'action
