

# Dossier de santé personnel

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

Nom _____ Adresse _____ _____	Adresse courriel _____ Numéro de téléphone _____ Numéro de téléphone de votre employeur _____
-------------------------------------	---

Numéro de carte d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

Données relatives à votre assurance privée \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Groupe sanguin \_\_\_\_\_

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

Antécédents familiaux (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 \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_





# 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.)

---

Plan d'action