CONFIDENTIEL

**À REMPLIR PAR LA PERSONNE RÉSIDENTE**

***FICHE SANTÉ (2024-2025)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | Prénom : | Chambre :6- |

**Contacts en cas d’urgence** :

Contact 1

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Lien (ex. : Mère) : |
| Téléphone résidence : | Téléphone cellulaire : |
| Téléphone travail : | Courriel : |

Contact 2

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Lien (ex. : Personne tutrice) : |
| Téléphone résidence : | Téléphone cellulaire : |
| Téléphone travail : | Courriel : |

Avez-vous un ou des problèmes de santé ou de déficits ? Non Oui (précisez)

xx

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Allergies |  | | Médicament |  | Posologie | |  |  |
|  | Diabète |  | | Médicament |  | Posologie |  | |  |
|  | Épilepsie |  | | Médicament |  | Posologie |  | |  |
|  | Autre |  | | Médicament |  | Posologie |  | |  |
|  | Autre |  | | Médicament |  | Posologie |  | |  |
|  | Autre |  | | Médicament |  | Posologie |  | |  |
|  | Déficit visuel : | |  | | | | | |
|  | Déficit auditif : | |  | | | | | |

Quelle est la meilleure façon ou quelles sont les meilleures façons de vous aider en lien avec votre ou vos problèmes de santé ou déficits?

|  |  |
| --- | --- |
| Quotidiennement : |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| En situation de crise: |  |
|  |  |

**CES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS NE SERVIRONT QU’AUX SEULES FINS DE LA RÉSIDENCE**

*Je certifie par ma signature que les renseignements fournis sur mon historique médical sont exacts et j’autorise le Cégep de Sherbrooke et les membres de son personnel à me donner les soins médicaux nécessaires en cas d’urgence. Je m’engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins qui me seront administrés, le cas échéant*

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_