

# FICHE DU BÉNÉFICIAIRE

## IDENTIFICATION

### PATIENT

Nom :

\_\_\_\_\_

Prénom :

\_\_\_\_\_

Date de naissance :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N d'assurance-maladie :

\_\_\_\_\_

Expiration :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RÉSIDENCE

Nom :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Ville :

\_\_\_\_\_

Personne ressource :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

PLAINTÉ PRINCIPALE / RAISON DE L'APPEL AU 911 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Aucun   
Asthme / MPOC   
AVC   
Cardiaque   
Psychiatrie

Diabète   
Hypertension   
Hypercholestérolémie   
Néoplasie   
Démence / Alzheimer

CETTE PERSONNE PREND : Insuline  Anticoagulants

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALLERGIES

Aucune   
AAS   
AINS   
Iode   
Latex

Morphine / Codéine   
Nitrates   
Pénicilline   
Salbutamol / Ventolin   
Sulfa

## MALADIES INFECTIEUSES

Aucune   
C. difficile   
ERV   
Hépatite   
SARM   
VIH

Autre(s) allergie(s) ou maladie(s) infectieuse(s) : \_\_\_\_\_

## NIVEAU DE SOINS

Niveau 1  1) Soins maximaux ( maintien de toute fonction altérée par tout moyen disponible )  
Niveau 2  2) Soins usuels ( correction de toute détérioration réversible par des moyens raisonnables )  
Niveau 3  3) Soins de base ( intervention visant le soulagement de la douleur et le bien-être du patient )

Ordonnance de non-réanimation Oui  Non

Consentement par : Patient  Autre  Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

## FAMILLE

Nom :

\_\_\_\_\_

Lien :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Lieu de résidence :

\_\_\_\_\_

**JOINDRE LA LISTE DES MÉDICAMENTS À JOUR EN ANNEXE  
AINSI QUE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET LA CARTE D'HÔPITAL**

Date de la dernière mise à jour :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

