

FICHE SANITAIRE D'URGENCE ANNÉE /

Document validé par les services d'urgence en cas d'accident, à remplir en cas de problème important. Remplir et transporter par les proches d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. Ce formulaire est rempli le plus rapidement possible sur l'écran.



1. IDENTIFICATION

NOM : Prénom : Sexe :
Date de naissance : Sexe : Code : **ETAT MATERNELLE (MISE EN MARCHÉ)**

2. VACCINATIONS

Date du dernier vaccin antitétanique :

3. MESSAGES - SAIGNES (remplir le dernier)

Allergies aux médicaments ? Non Oui (quels médicaments) ?

Allergies alimentaires ? Non Oui (quels aliments) ?

Autres allergies ? Non Oui Nature ?

Actives ? Non Oui

Accidents, votre enfant ou il un traitement médical ? Non Oui

Si oui, lequel ?

Votre enfant ou il être suivi par un spécialiste, sur le long terme, de type régulier ? Non Oui

Si oui, lequel ? (orthopédiste, ORL, OMM)

Un problème doit être résolu en place à votre enfant grâce l'accès de type régulier (par les enfants à l'école sans barrière d'accès et de sortie)

Remplir : une liste en cas d'allergie, autres, de votre enfant, mettre en place sur le document en cas d'urgence. Actualiser régulièrement.

Information importante à nous transmettre :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou autre prothèse ? Lunettes :

P.A.U. résolu ? (dans le cadre du P.A.U) Non Oui

4. ACCIDENTS DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Transporter en cas d'impossibilité absolue des parents ou du représentant légal de l'enfant.

Le chirurgien (nom, prénom, qualité) :

Assisté par le personnel :

+ Tout membre du personnel chirurgie qui serait nécessaire

+ Le responsable de l'équipe

+ à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission au établissement de soins,

+ à demander l'accès à ce centre de l'établissement hospitalier afin que les soins nécessaires lui soient réalisés.



5. ACCIDENTS DE SOINS EN CAS DE CHUTE, sans conséquences graves

Le chirurgien (nom, prénom, qualité) :

- Notifier par le personnel les soins, les renseignements ou les avis à mettre de la clinique (hôpital ou A.S.S. ou à l'issue d'un appel d'urgence) à l'endroit pour votre (habitué) à ce (hôpital) plus vite (de la plus vite possible)

- Notifier l'application de soins (de plus vite possible applicable)

6. ACCIDENTS DE SOINS EN CAS DE CHUTE, avec conséquences graves

N° de téléphone (avant de partir) : / /

N° de téléphone (avant de partir) : / /

N° de portable (après) : / / (en absence) :

N° de portable de la mère : / / (en absence) :

Coordonnées du médecin traitant : Nom et Prénom :

Téléphone : / /

Date et signature :