

Informations importantes

Mon médecin traitant

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

E-mail: _____

Ma pharmacie

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

E-mail: _____

Avez-vous un carnet d'allergies?

oui non

Hypersensibilité aux substances suivantes: _____

Êtes-vous diabétique?

oui non

Si oui, quels médicaments prenez-vous? _____

Si je peux encore déglutir, merci de me donner un peu de sucre ou une boisson sucrée. J'ai du sucre de raisin dans: _____

Si je ne peux plus parler, merci de me mettre en position latérale jusqu'à l'arrivée d'un médecin.

Êtes-vous épileptique?

oui non

Êtes-vous dialysé?

oui non

Remarques particulières:

En cas d'urgence, contacter:

Nom: _____

Téléphone: _____

Numéros d'urgence

Numéro international d'urgence 112

Ambulance 144

Police 117

Pompiers 118

Tox Info Suisse 145