Passeport

de la personne aidée

Identification

Nom, prénom :

Date de naissance :

Âge :

Téléphone : ( )

Numéro d'assurance maladie :

/ /

Couverture médicale
(numéro de la police d'assurance) :

Informations médicales

Conditions médicales chroniques (diabète, hypertension, maladies cardiaques, etc.) :

Allergies graves :

Handicaps :

Consentements médicaux et directives anticipées :

Instructions particulières :

Médicaments essentiels :

-
-
-
-
-
-

Soins et services

Nom de la ou du médecin de famille :

Coordonnées :

Pharmacie :

Coordonnées :

Médecins spécialistes :
(cardiologue, ophtalmologiste, etc.)

Coordonnées :

Professionnelles ou professionnels :
(ergothérapeute, psychologue, etc.)

Coordonnées :

Organismes de la communauté :

Coordonnées :