

Considerations Des Antécédents Medicaux Du Joueur

Dans les cas où le joueur blessé a besoin qu'on le transporte à l'hôpital, il serait utile pour le personnel médical, de mettre a leur disposition tout ce que l'on connaît de ses antécédents médicaux. Par exemple dans le cas d'une blessure a la tête et que le joueur n'est pas en mesure de fournir l'information sur ses propres antécédents médicaux.

FICHE SANTÉ DU JOUEUR /INFORMATIONS EN CAS URGENCE

NOM DU JOUEUR:

Adresse:

Tél 1:

Tél 2:

No.Ass.-Maladie: _____ Date de naissance: _____

1iere PERSONNE Á CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

Tél Maison:

Tél Travail:

Lien de parenté avec le joueur:

2ieme PERSONNE Á CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

TÉL MAISON:

TÉL TRAVAIL:

Lien de parenté avec le joueur:

IMPORTANT

1. Êtes-vous allergique à certains médicaments?

Si oui, lesquels: _____

2. Souffrez-vous d'allergies quelconques? (Piqures D'abeille, Poussière,...):

3. Souffrez-vous d'une maladie sérieuse?

Asthme

Diabète

Épilepsie

Autre?

4. Prenez-vous des médicaments?

Si oui, lesquels: _____

5. Portez-vous des verres de contact?

6. Autres informations pertinentes:

SIGNATURE: _____ DATE: _____

Medical History Of The Player

In the case where it is necessary that a player be taken to hospital, it would be useful for the medical personnel, to have at their disposal information concerning the medical requirements of the player. For example, in the case of a head injury, where the player would be unable to provide information on his medical history.

HEALTH INFORMATION/EMERGENCY CONTACT SHEET

PLAYERS NAME:

Address:

Tel 1:

Tel 2:

Medicare Card No: _____ Date of Birth: _____

1st PERSON TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY :

Home Tel:

Work Tel:

Relationship to player:

2nd PERSON TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY:

Home Tel:

Work Tel:

Relationship to player:

Family Doctor:

Work Tel:

IMPORTANT

1. Are you allergic to certain medications?

If Yes, Which: _____

2. Do you suffer from allergies? (Bee sting, Dust, etc ...):

3. Do you suffer from a serious illness?

Asthma

Diabetes

Epilepsy

Other?

4. Do you take any medication?

If Yes, Which: _____

5. Do you wear contact lenses?

6. Any other pertinent information:

SIGNATURE: _____ DATE: _____