

Règlement de CCE

Article 406 - Fiche Médicale

La fiche médicale apportera toutes les indications possibles afin de renseigner le médecin du concours sur les antécédents de l'accidenté, ces informations n'ayant aucun caractère officiel :

- groupe sanguin ;
- allergies ;
- antécédents chirurgicaux ;
- syndromes neurologiques.

Les renseignements ci-dessous sont sous la responsabilité du représentant légal.

Nom de votre médecin _____

Adresse _____

N° de tél. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Nationalité _____

Religion _____

Adresse permanente _____

N° de tél. _____

Changement d'adresse _____

N° de tél. _____

Antécédents médicaux ou blessures antérieures

- | | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Tête | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Commotion (spécifiez le nombre) : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Visage | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Cou : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Dos | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Poitrine : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Abdomen | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Membres : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Interventions chirurgicales | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Diabète : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Epilepsie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Syncope : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Asthme | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Cœur : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Poumon | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Autres (y compris reins) : |

Infos supplémentaires

- | | | | |
|---|-------------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Vue normale | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Pupilles normales : |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Verres de contact | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Ouïe normale : |

Détails

Parent le plus proche _____

Degré de parenté _____

Nom _____

Adresse _____

N° de tél. _____

Changement d'adresse _____

Nouveau n° de tél. _____

Allergies/Médication

Prenez-vous de la Cortisone (stéroïde) ? _____

Avez-vous déjà été soigné avec de la Cortisone ? _____

Groupe sanguin _____

Date du dernier vaccin contre le Tétanos : _____

Veuillez donner ci-dessous les détails des blessures antérieures/interventions chirurgicales/conditions médicales, avec les dates _____

Inscrire tout traitement actuellement en cours _____

Veuillez indiquer vos éventuelles allergies _____

Description du transport du cheval

Marque _____

Couleur _____

N° d'immatriculation _____