

PRISE EN CHARGE ENFANT

Veillez remplir le formulaire suivant au meilleur de vos connaissances et nous le retourner avec votre liste de médicaments imprimée par la pharmacie. Les prises en charge se feront dans l'ordre de réception des formulaires. Les informations de ce formulaire font partie de votre dossier et demeureront confidentielles.

SECTION 1 INFORMATIONS PERSONNELLES**Enfant**

Nom, Prénom : _____

Sexe : _____

Assurance Maladie : _____

Âge : _____

Adresse : _____

App : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone (maison) : _____

Père

Nom, Prénom : _____

Téléphone (travail): _____ Téléphone (cellulaire): _____

Mère

Nom, Prénom : _____

Téléphone (travail): _____ Téléphone (cellulaire): _____

Si vous êtes séparés/divorcés, veuillez mentionner le parent prioritaire

à contacter pour les suivis médicaux : Mère / Père

SECTION 2 MÉDICAMENTS

Si votre enfant prend plusieurs médicaments, apportez la liste de médicaments à jour.

Médicaments: _____

Produits naturels : _____

Pharmacie : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Type assurance : Publique Privée

SECTION 3 QUESTIONNAIRE SANTÉ

Naissance

À terme : oui / non Nb de semaine : _____ APGAR : _____ Poids : _____

Complications à la naissance : _____

Allergies/Intolérances : _____

Vaccination à jour (veuillez apporter le carnet de vaccination de l'enfant) : _____

Problèmes de santé et chirurgies : _____

Problèmes de santé des parents, frères et sœurs : _____

Votre enfant est-il suivi par un pédiatre ou spécialiste ? : _____

Avez-vous des préoccupations sur la santé de votre enfant? : _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION