



# BILAN DE SANTÉ PERSONNEL

## PERSONAL HEALTH SUMMARY

DATE :  
DATE:

### INFORMATIONS PERSONNELLES PERSONAL INFORMATION

PRÉNOM  
FIRST NAME

INIT. 2E PRÉNOM  
MIDDLE I.

NOM DE FAMILLE  
LAST NAME

RUE  
STREET ADDRESS

VILLE  
CITY

ÉTAT  
STATE

CODE POSTAL  
ZIP CODE

DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA)  
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE  
PHONE NUMBER

ADRESSE ÉLECTRONIQUE  
EMAIL

### CONTACT D'URGENCE EMERGENCY CONTACT

NOM  
NAME

RELATION  
RELATIONSHIP

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL  
PRIMARY PHONE NUMBER

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE SECONDAIRE  
SECONDARY PHONE NUMBER

ADRESSE ÉLECTRONIQUE  
EMAIL

### MÉDECIN TRAITANT PRIMARY CARE PROVIDER

NOM  
NAME

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE  
PHONE NUMBER

RUE  
STREET ADDRESS

VILLE  
CITY

ÉTAT  
STATE

CODE POSTAL  
ZIP CODE

### INFORMATIONS RELATIVES À LA PHARMACIE PHARMACY INFORMATION

NOM DE LA PHARMACIE  
PHARMACY NAME

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE  
PHONE NUMBER

RUE  
STREET ADDRESS

VILLE  
CITY

ÉTAT  
STATE

CODE POSTAL  
ZIP CODE

NOM DE LA PHARMACIE  
PHARMACY NAME

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE  
PHONE NUMBER

RUE  
STREET ADDRESS

VILLE  
CITY

ÉTAT  
STATE

CODE POSTAL  
ZIP CODE

### ASSURANCE MALADIE HEALTH INSURANCE

NOM DE L'ASSURANCE PRINCIPALE  
PRIMARY INSURANCE NAME

N° D'IDENTIFICATION  
ID #

N° PCN  
PCN #

N° DE GROUPE  
GROUP #

N° BIN  
BIN #

NOM DE L'ASSURANCE SECONDAIRE  
SECONDARY INSURANCE NAME

N° D'IDENTIFICATION  
ID #

N° PCN  
PCN #

N° DE GROUPE  
GROUP #

N° BIN  
BIN #

### MÉDICAMENTS, VITAMINES, COMPLÉMENTS ET REMÈDES À BASE DE PLANTES

#### MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

NOM  
NAME

QUANTITÉ ET FRÉQUENCE  
HOW MUCH AND HOW OFTEN

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX MEDICAL HISTORY

### ALLERGIES AUX MÉDICAMENTS ALLERGIES TO MEDICATION

L'EpiPen est prescrit  
EpiPen is prescribed