Résumé des antécédents médicaux

Nom de la personne _____

Date de naissance _____

Groupe sanguin _____

Allergies _____

Diagnostics et maladies chroniques

OPÉRATIONS ET HOSPITALISATIONS

Année	Quoi	Hôpital et service

SPÉCIALISTES ET CENTRES MÉDICAUX

Nom	Spécialité	Téléphone

Vaccinations (avec les dates)

Dernière mise à jour