

VIAL OF
(VIAL OF LIFE)



Informations et assistance

1-800-339-4661

Mis à jour le

____ / ____ / ____

Nom _____
(Name)

Aveugle
(Blind)

Sourd
(Deaf)

Maladie d'Alzheimer ou démence apparentée
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____
(Address) (City) (Zip code)

N° de téléphone _____ Homme Femme Date de naissance _____
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

Numéro de sécurité sociale (quatre derniers chiffres) _____
(Social Security Number (last four digits))

Numéro d'identification médical Medicare (quatre derniers chiffres) _____
(Medicare Number (last four digits))

Autres assurances _____ Numéro de police _____
(Other Insurance) (Policy Number)

Disposez-vous d'une directive anticipée ? Oui Non
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

Si oui, qui la conserve ? Agent N° de téléphone
(If yes, location) (Agent) (Phone)

Disposez-vous d'un « ordre de ne pas réanimer » ? Oui Non
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order?') (Yes) (No)

Êtes-vous inscrit au service « Take Me Home » (Ramenez-moi chez moi) auprès du shérif ? Oui Non
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home?') (Yes) (No)

Contacts en cas d'urgence
(EMERGENCY CONTACTS)

Nom _____ (Name)	Relation _____ (Relationship)	N° de téléphone et courriel _____ (Phone #, E-mail)
---------------------	----------------------------------	--

Nom _____ (Name)	Relation _____ (Relationship)	N° de téléphone et courriel _____ (Phone #, E-mail)
---------------------	----------------------------------	--

Aidant _____ N° de téléphone et courriel _____
(Caregiver) (Phone #)

Clergé _____ N° de téléphone et courriel _____
(Clergy) (Phone #)

Informations relatives aux animaux de compagnie
(PET'S INFORMATION)

Nom & Type _____
(Name & Type)

Vétérinaire _____ N° de téléphone _____
(Veterinarian) (Phone #)

Informations médicales
(MEDICAL INFORMATION)

Médecin principal _____ N° de téléphone _____
(Primary Doctor) (Phone #)

Médecin secondaire _____ N° de téléphone _____
(Secondary Doctor) (Phone #)

Hôpital _____ N° de téléphone _____
(Hospital) (Phone #)

Taille _____ Poids _____ Groupe sanguin _____
(Height) (Weight) (Blood Type)

Tension artérielle normale _____
(Normal Blood Pressure)

Allergies aux médicaments ou aux aliments _____
(Allergies to drugs or foods)

Veillez énumérer tous les problèmes médicaux qui s'appliquent (par exemple : troubles cardiaques, diabète, hypertension, accident vasculaire cérébral) (Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke) _____

Opérations (type et date)
(Surgeries (type and date))

Est-ce que vous...
(Do you?)

Portez un dentier ? Oui Non
(Wear dentures?) (Yes) (No)

Portez des lentilles de contact ? Oui Non
(Wear contacts?) (Yes) (No)

Portez des prothèses auditives ? Oui Non
(Wear hearing aids?) (Yes) (No)

Portez des lunettes ? Oui Non
(Wear glasses?) (Yes) (No)

Avez besoin d'oxygène ? Oui Non
(Use Oxygen?) (Yes) (No)

Utilisez un fauteuil roulant ? Oui Non
(Wheelchair?) (Yes) (No)

Autres informations d'urgence importantes
(Other Important Emergency Information)

Immunisations
(Immunizations)

Où gardez-vous vos médicaments ?
(Where do you keep your medications?)

Médicaments (MEDICATIONS)

(Prescription, médicaments en vente libre, vitamines, suppléments à base de plantes)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)
Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)

Veillez noter toutes les informations utiles de manière à ce qu'elles soient faciles à lire par le personnel médical d'urgence.