



Centre Vipassana du Québec

C.P. 1055 Sutton (Québec) J0E 2K0 • (514) 481-3504 • www.suttama.dhamma.org

Urgences médicales et liste des personnes à contacter

À compléter si vous ne demeurez pas au centre de méditation pendant que votre enfant est au cours.

CONSENTEMENT DE TRAITEMENT MÉDICAL

En ma qualité de parent ou tuteur légal, par la présente, j'autorise le Centre de méditation (géré par la Fondation Vipassana de l'Est du Canada) à fournir des soins médicaux d'urgence prescrits par un médecin dûment diplômé (M.D.)

pour _____
nom de l'enfant

Ces soins pourront être prodigués dans toute situation qui nécessite de préserver la vie, un membre ou le bien-être de mon dépendant.

Signature _____ Date _____

Téléphone résidentiel : _____ Téléphone cellulaire : _____

Téléphone(s) au travail : _____

AUTRES PERSONNES POUVANT ÊTRE CONTACTÉES EN CAS D'URGENCE

1) Nom _____ Téléphone _____

Lien de parenté avec vous _____

2) Nom _____ Téléphone _____

Lien de parenté avec vous _____

Médecin de l'enfant : _____ Téléphone _____

Information médicale

Nom de l'enfant : _____

ALLERGIES ET SENSIBILITÉS

L'enfant a-t-il un historique de réactions cutanées ou autrement malencontreuses ou de malaises suite à une injection ou à l'ingestion d'un des produits suivants :

- | | <u>Encerchez</u> | <u>Si oui, décrivez</u> |
|---|------------------|-------------------------|
| a) Pénicilline ou autres antibiotiques | Oui Non _____ | _____ |
| b) Morphine, Codéine, Démérol ou autres narcotiques | Oui Non _____ | _____ |
| c) Novacaine ou autres anesthésiques | Oui Non _____ | _____ |
| d) Aspirine ou autres analgésiques | Oui Non _____ | _____ |
| e) Sulfamides | Oui Non _____ | _____ |
| f) Anatoxine tétanique ou autres sérums | Oui Non _____ | _____ |
| g) Ruban adhésif | Oui Non _____ | _____ |
| h) Latex | Oui Non _____ | _____ |
| i) Iode ou merthiolate | Oui Non _____ | _____ |
| j) Tout autre médicament | Oui Non _____ | _____ |
| k) Aliments tels que : les œufs, le lait, le chocolat, etc. | Oui Non _____ | _____ |
- _____
- _____
- _____

MÉDICAMENTS PRIS RÉCEMMENT : Au cours des six derniers mois mon enfant a pris :
