# FICHE MÉDICALE FAMILIALE – SAMPLER

Nom / Prénom : ............................................................

Date de naissance : .................... N° AVS : ............................

Caisse maladie : ............................................................

Médecin traitant : ........................................ Tél. : ...............................

## Personne à contacter en cas d’urgence

Nom / Prénom : ............................................................

Lien de parenté : ............................................................

Tél. : ............................................................

Représentant thérapeutique (si applicable) : ............................................................

## Directives anticipées

☐ Oui (copies disponibles / joindre au document)
☐ Non

## Allergies (A)

.............................................................................................................................................................................

## Médicaments en cours (M)

.............................................................................................................................................................................

## Passé médical / antécédents (P)

.............................................................................................................................................................................

## Dernier repas/boisson (L)

.............................................................................................................................................................................

## Notes pratiques

- Mettre à jour annuellement.
- Conserver une copie papier et une photo sur smartphone.
- Si directives anticipées existantes → joindre au document.