

**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)

Veuillez 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 ? (Wear dentures?)	Oui <input type="checkbox"/> (Yes)	Non <input type="checkbox"/> (No)	Portez des lunettes ? (Wear glasses?)	Oui <input type="checkbox"/> (Yes)	Non <input type="checkbox"/> (No)
Portez des lentilles de contact ? (Wear contacts?)	Oui <input type="checkbox"/> (Yes)	Non <input type="checkbox"/> (No)	Avez besoin d'oxygène ? (Use Oxygen?)	Oui <input type="checkbox"/> (Yes)	Non <input type="checkbox"/> (No)
Portez des prothèses auditives ? (Wear hearing aids?)	Oui <input type="checkbox"/> (Yes)	Non <input type="checkbox"/> (No)	Utilisez un fauteuil roulant ? (Wheelchair?)	Oui <input type="checkbox"/> (Yes)	Non <input type="checkbox"/> (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)
Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)
Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)
Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)
Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)
Nom (Name)	Posologie (Dose-Freq)	Objet (Purpose)
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.**