


FIOLE DE VIE**VIAL OF LIFE**

NOM DE FAMILLE/LAST NAME		PRÉNOM/FIRST NAME	
ADRESSE/ADDRESS		VILLE/TOWN	
PROVINCE		CODE POSTAL/POSTAL CODE	
TÉLÉPHONE/TELEPHONE		CELLULAIRE/CELLULAR	<input type="checkbox"/> HOMME/MALE <input type="checkbox"/> FEMME/FEMALE
DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) DATE OF BIRTH (YYYY/MM/DD)		GRANDEUR/HEIGHT	POIDS/WEIGHT (KG/LBS/PDS)
LANGUES PARLÉES/SPOKEN LANGUAGES:			
ALLERGIES/INTOLÉRANCES/INTOLERANCES		RÉACTIONS/REACTIONS	
MÉDICATION ACTUELLE : (Les médicaments non prescrits) CURRENT MEDICATION: (Over the counter medication)			
1.	5.	9.	
2.	6.	10.	
3.	7.	11.	
4.	8.	12.	
INSÉREZ DANS LA CAPSULE VOTRE LISTE DE MÉDICAMENTS REÇUE DE LA PHARMACIE/INSERT IN THE VIAL YOUR MEDICATION LIST PROVIDED BY THE PHARMACY			
ENDROIT OÙ SE TROUVENT MES MÉDICAMENTS : MEDICATION LOCATION:			
CONDITIONS MÉDICALES/MEDICAL CONDITIONS:			
CARDIAQUE/CARDIAC <input type="checkbox"/>			
RESPIRATOIRE/RESPIRATORY <input type="checkbox"/>			
ACV/STROKE <input type="checkbox"/>			
HAUTE PRESSION/HIGH BLOOD PRESSURE <input type="checkbox"/>			
BASSE PRESSION/LOW BLOOD PRESSURE <input type="checkbox"/>			
CANCER <input type="checkbox"/>			
AUTRE/OTHER <input type="checkbox"/> Spécifiez/Specify			
AUTRE/OTHER <input type="checkbox"/> Spécifiez/Specify			

J'AI UNE O.N.R (Ordonnance de non-réanimation) VALIDE : I HAVE A VALID D.N.R (Do Not Resuscitate): <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO	
À QUEL ENDROIT EST MON O.N.R. : D.N.R LOCATION:	
DIFFICULTÉ À PARLER/DIFFICULTY SPEAKING: <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO	PROBLÈME D'OUÏE/HEARING DIFFICULTIES: <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO APPAREIL AUDITIF/HEARING AID: <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO
PROBLÈME DE VISION/VISION DIFFICULTIES: <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO LUNETTES/GLASSES : <input type="checkbox"/> OUI/YES <input type="checkbox"/> NON/NO VERRES DE CONTACT/CONTACT LENSES : <input type="checkbox"/> YES/OUI <input type="checkbox"/> NO/NON	DENTIERS/DENTURES: <input type="checkbox"/> YES/OUI <input type="checkbox"/> NO/NON
NOM DE MON MÉDECIN OU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ/DOCTOR'S OR HEALTH PROFESSIONAL'S NAME:	TÉLÉPHONE/TELEPHONE:
NUMÉRO DE MA CARTE SANTÉ/HEALTH CARD NUMBER :	
ENDROIT OÙ SE TROUVE MA CARTE SANTÉ/HEALTH CARD LOCATION:	
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE/EMERGENCY CONTACT NOTIFICATION:	
NOM/NAME	ADRESSE/ADDRESS
TÉL./TEL/CELLULAIRE/CELL	RELATION/RELATIONSHIP
NOM/NAME	ADRESSE/ADDRESS
TÉL./TEL/CELLULAIRE/CELL	RELATION / RELATIONSHIP
ÉCRIRE LISIBLEMENT - PLIEZ CE FORMULAIRE ET INSÉREZ-LE DANS LA CAPSULE - PLACEZ LA CAPSULE DANS LA PORTE DE VOTRE CONGÉLATEUR PLEASE PRINT LEGIBLY - FOLD AND INSERT IN VIAL – PLACE VIAL INSIDE YOUR FREEZER DOOR PLACEZ L'AUTOCOLLANT SUR LA PORTE DE VOTRE RÉFRIGÉRATEUR /PLACE THE STICKER ON YOUR REFRIGERATOR DOOR	
GARDEZ L'INFORMATION À JOUR/KEEP INFORMATION UP TO DATE	
DATE DE MISE À JOUR/DATE UPDATED: _____	
DATE DE MISE À JOUR/DATE UPDATED: _____	
Géré par/Managed by :	Subventionné par/Funded by:
 Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario	 Ontario Trillium Foundation  Fondation Trillium de l'Ontario