EQUINE HIPPIQUE CANADA

Equine Canada

MEDICAL CARD

2010

IF YOU ARE HAVING DIFFICULTY COMPLETING THE MEDICAL INFORMATION PLEASE CONTACT YOUR PHYSICIAN.

THIS DOCUMENT MUST NOT BE DESTROYED, BUT RETAINED FOR INSPECTION.

Name of Rider

Date of Birth: _____

Nationality: _____

Address: _____

_____

_____

Tel #: _____

Personal Information Continued

Emergency Contact _____

_____

Tel #: _____

Tel # _____

Tel # _____

Horse Van Details

Make:	
Model:	
Colour:	
License #	

Personal Physician Information

Name: _____

Address: _____

_____

_____

Tel #: _____

IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE COMPETITOR TO COMPLETE AND KEEP CURRENT ALL SECTIONS OF THE MEDICAL CARD

PLEASE REFER TO THE EQUINE CANADA REGULATIONS WHEN COMPLETING YOUR MEDICAL CARD.

IF YOU HAVE DIFFICULTIES COMPLETING THIS CARD CONSULT YOUR PERSONAL PHYSICAN

Previous Medical History

Previous Injuries	Yes	No
Head		
Concussion (State #)		
Face		
Neck		
Back		
Chest		
Abdomen		
Limbs		
Surgical Operations		
Diabetes		
Epilepsy		
Blackouts		
Asthma		
Heart		
Lung		
Other (Including Renal)		

Supplementary Information

	Yes	No
Normal Eye Sight		
Normal Pupils		
Contact Lenses		
Normal Hearing		
Hearing Aid		
Allergies		
Medication		
Date of last Tetanus		

Please record the details below of previous injuries/surgical operations/medical conditions, including dates:

Accident date Competition

Please record all current medications:

Please record details allergies to medicines :

EQUINE HIPPIQUE CANADA

Canada Hippique

FICHE MÉDICALE

2010

SI VOUS AVEZ DE LA DIFFICULTÉ À REMPLIR CE FORMULAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC VOTRE MÉDECIN.

DOCUMENT À CONSERVER Á DES FINS D'EXAMEN.

Nom : _____

Date de Naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse: _____

_____

_____

Numéro de tél. : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (SUITE)

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

TRANSPORT DU CHEVAL

Marque : _____

Modèle : _____

Couleur : _____

Numéro d'immatriculation : _____

COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____

_____

_____

Numéro de tél. : _____

LE CONCURRENT DOIT REMPLIR TOUTES LES SECTIONS DE LA FICHE MÉDICALE ET LES METTRE À JOUR.

POUR REMPLIR LA FICHE MÉDICALE, VEUILLEZ CONSULTER LES RÈGLEMENTS DE CONCOURS COMPLET DE CANADA HIPPIQUE.

SI VOUS AVEZ DE LA DIFFICULTÉ À REMPLIR CETTE FICHE, VEUILLEZ CONSULTER VOTRE MÉDECIN.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Blessures Précédentes	Oui	Non
Tête		
Commotion cérébrale (Nombre)		
Visage		
Cou		
Dos		
Poitrine		
Abdomen		
Membres		
Interventions chirurgicales		
Diabète		
Épilepsie		
Syncope		
Asthme		
Cœur		
Autres (y compris les reins)		

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

	Oui	Non
Poumons		
Vision normale		
Pupilles normales		
Lentilles de contact		
Ouïe normale		
Aide auditive		
Allergies		
Médicaments		
Date du dernier vaccin antitétanique		

Veuillez indiquer ci-dessous les détails des blessures / interventions chirurgicales / troubles médicaux précédents, incluant les dates.

Date de l'accident Compétition

Veuillez indiquer tout traitement médicamenteux en cours.

Veuillez indiquer si vous avez des allergies à des médicaments.