**3. PERSONNES DE CONTACT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qui est-ce ?** | **Nom+Prénom** | **Adresse****Gsm** | **Lien parenté****Ou autre** |
| Personne 1 |  | 04……/………………………….. |  |
| Personne 2 |  | 04……/………………………….. |  |
| Médecin traitant |  | 04……/…………………………… | / |
| Infirmier(éventuel) |  | 04……/…………………………… | / |
| Kiné (éventuel) |  | 04……/………………………….. | / |
| Pharmacien |  | 010/……………………………… | / |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thèmes | Bonne | Moyenne | Mauvaise |
| Orientation dans l’espace & le temps |  |  |  |
| Capacité à comprendre & à s’exprimer en français |  |  |  |
| Mémoire |  |  |  |
| Mobilité générale |  |  |  |
| Vue |  |  |  |
| Ouïe |  |  |  |

**URGENCES MEDICALES ET POMPIERS : 112**

**POLICE : 101**



**DATE : LE ………/………/2024**

Fiche à compléter et insérer dans la boite jaune. Mettez la boite au frigo ! Les services de secours la trouveront facilement en cas de besoin.­­­

 ­ ­­

 **1. IDENTITE :**

**Mr/Mme :** ….…………….………………………………………………………………………………………………………..

**NOM/PRENOM :**...................................................................................................................

**DATE & LIEU DE NAISSANCE :** ......../.........../...........à ............................................

**ADRESSE :**......................................................................................................................................................................................................................................................à Beauvechain.

**NATIONALITE:**………………………………………………………………………..………………………………………

**NUMERO DE REGISTRE NATIONAL :** .......................................................................

**APTITUDES HABITUELLES**

**2. INFORMATIONS UTILES :**

**GROUPE SANGUIN :** ....................................................................

**MEDICAMENTS HABITUELS :**....................................................

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

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

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

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

**ALLERGIE(S) :** ................................................................................
 …...........................................................................................................

**ALLERGIE(S) MEDICAMENTEUSE : ….**...................................
 …............................................................................................................

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

**MALADIE(S) CONNUE(S) : ….**....................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

**COMMENTAIRES** (Exemples:peurs, présence d’animaux de compagnie etc):

**…………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………….…………**

**…………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………….**

**REANIMATION :** Si vous ne souhaitez pas de réanimation, notez-le expressément ici et faites signer votre médecin traitant. Sans cela, votre demande ne sera pas prise en compte.

**….**..............................................................................................................................

**….**..............................................................................................................................

Signature & cachet du médecin traitant :

**HOPITAL DESIRE : ………..**………......................................................................

**COLLEZ ICI UNE VIGNETTE DE VOTRE MUTUELLE** :

Vignette mutuelle

**JE SUIS ‘L’AIDANT PROCHE’ ou EPOUX/SE ou COHABITANT/E DE**: à remplir si la personne ne peut se débrouiller sans votre assistance !

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom+Prénom | GSM | Adresse |
|  |  |  |