

### 3. PERSONNES DE CONTACT

DATE : LE ...../...../2024

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/ .....	/

Fiche à compléter et insérer dans la boîte jaune. Mettez la boîte 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

Thèmes	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Orientation dans l'espace & le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à comprendre & à s'exprimer en français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**URGENCES MEDICALES ET POMPIERS : 112**

**POLICE : 101**

**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