LIFE BOX SENIOR



A REMPLIR PAR LE PROCHE EN CAS DE DISPARITION

En remplissant la fiche et en la plaçant dans la boîte « life box », vous marquez votre accord à l'accès et l'utilisation de l'ensemble des données personnelles par les services de secours afin de faciliter leur intervention. Ces données seront traitées confidentiellement.

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

DESCRIPTIF

PORTRAIT : HOMME - FEMME

NOM : **PRÉNOM :**

SIGNES DISTINCTIFS :

GAUCHER - DROITIER

TATOUAGES : .....

CICATRICES : .....

INFIRMITÉS : .....

CANNE/TRIBUNE : .....

LUNETTES : .....

BARBE/MOUSTACHE : .....

TYPE :

AFRICAIN - ASIATIQUE - BASSIN MÉDITERRANÉEN - CAUCASIEN (PEAU BLANCHE) - MÉTIS

CORPULENCE : MINCE - MOYENNE - FORTE

TAILLE : ..... CM

POIDS : ..... KG

VOIX : AIGUË - BÉGAIEMENT - DOUCE - FORTE - NERVEUSE

FORME DE VISAGE : ALLONGÉ - CARRÉ - FIN - LARGE - ROND

YEUX : CLAIRS - FONCÉS - ŒIL DE VERRE - STRABISME

NEZ : AQUILIN - DE TRAVERS - ÉPATÉ - LONG - PETIT - PLAT

BOUCHE : DE TRAVERS - GRANDE - MOYENNE - PETITE

OREILLES : BOUCLES D'OREILLES - DECOLLÉES - GRANDES - PETITES

COULEUR DES CHEVEUX : BLANCS - BLONDS - BRUNS - GRIS - NOIRS - ROUX

AUTRE : .....

TYPE DE CHEVEUX :

BOUCLÉS - BROSSE/POINTES (GEL) - CALVITIE PARTIELLE - CALVITIE TOTALE - COURTS

LONGS - MI-LONGS - ONDULÉS - RAIDES

PRÉCAUTIONS À PRENDRE

EXISTE-T-IL UN CONTEXTE PARTICULIER PAR RAPPORT A LA DISPARITION ?
EX : DISPUTES, DECES, TENSIONS AVEC LE VOISINAGE…

GÉNÉRALITÉS

HEURE DERNIER REPAS : .....

DATE ET HEURE DE LA DISPARITION : .....

ENDROIT OÙ LA PERSONNE DISPARUE A ÉTÉ VUE POUR LA DERNIÈRE FOIS : .....

LA PERSONNE DISPARUE DOIT-ELLE IMPÉRATIVEMENT SUIVRE UNE MÉDICATION ? OUI - NON - INCONNU
SI OUI, LAQUELLE/LESQUELLES ? .....

ATTITUDES PARTICULIÈRES : COCHER LA OU LES CASE(S)

- O AGRESSIVITÉ
- O IDÉES SUICIDAIRES
- O INCOHÉRENCE
- O PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES
- O SOUS L'INFLUENCE DE DROGUE
- O SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL
- O AUTRES : .....

OBJETS EN POSSESSION DU DISPARU(E)

PORTEFEUILLE - CARTE D'IDENTITÉ - PERMIS DE CONDUIRE

CARTE BANCAIRE - CARTE DE CREDIT - ARGENT (MONTANT: .....)

BIJOUX - MONTRE - ALLIANCE - AUTRE : .....

SAC À MAIN - POCHETTE - VALISE - AUTRE : .....

GSM : OUI - NON

NUMÉRO : .....

AUTRE : .....

TENUE

CHAPEAU - FOULARD - BÉRET - CASQUETTE - ÉCHARPE
COULEUR : .....

CHEMISE - BLOUSE - T-SHIRT - PULL - TABLIER
COULEUR : .....

MANTEAU - GILET - IMPERMÉABLE - FINE VESTE - AUTRES : .....
COULEUR : .....

PANTALON - SHORT - ROBE - PANTACOURT - JUPE - AUTRES : .....
COULEUR : .....

BASKET - CHAUSSURES CLASSIQUES - BOTTES - AUTRES : .....
COULEUR : .....

Ville de FONTAINE-L'ÉVÊQUE
UNE INITIATIVE DU COLLÈGE COMMUNAL ET DU PLAN DE COHÉSION SOCIALE
Avec le soutien de la Wallonie

LIFE BOX SENIOR



FICHE DISPARITION

En remplissant la fiche disparition et en plaçant votre boîte « life box » dans votre frigo, vous marquez votre accord à l'accès et l'utilisation de l'ensemble de vos données personnelles par les services de secours afin de faciliter leur intervention. Ces données seront traitées en toute confidentialité.

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

DATE DE LA MISE A JOUR DE LA FICHE :
NOM/PRENOM :
NATIONALITE :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
REGISTRE NATIONAL :
N° DE CARTE D'IDENTITE :
TEL/GSM :

CARACTERISTIQUES PHYSIQUES

METTRE UNE PHOTO RÉCENTE DANS LA BOÎTE

CORPULENCE :
TAILLE :
SIGNE(S) DISTINCTIF(S) :
HANDICAP(S) :

RENSEIGNEMENTS

ANCIENS EMPLOIS (+ LIEUX) :

ANCIENNES ADRESSES :

SI VEUF, CIMETIERE DU DEFUNT CONJOINT (+ NOM, PRENOM) :

ENDROITS FREQUENTES :

TRANSPORTS

MOYENS DE TRANSPORT UTILISES HABITUELLEMENT :
LA MARCHE - TRAIN - TRAM - MOBYLETTE - VOITURE - BUS - VELO - VOITURETTE ELECTRIQUE

SI TRANSPORTS EN COMMUN :
LIGNE(S) UTILISEE(S) :
ARRETS :
CORRESPONDANCES :
DESTINATION À ATTEINDRE :

SI VEHICULE MOTEUR :
MARQUE, MODELE ET COULEUR :
IMMATRICULATION :

SI VELO :
ROUTE(S) FREQUENTEE(S) :
CHEMIN(S) DE CAMPAGNE :

SI VOITURETTE ELECTRIQUE :
COORDONNEES DU FOURNISSEUR DE BATTERIE :

ANTECEDENT(S) DE DISPARITION

DATE DE LA DISPARITION :
DATE RETROUVE(E) :
RETROUVE(E) A QUEL ENDROIT ?
CIRCONSTANCES :
PRISE EN CHARGE ASSUREE PAR :

LIFE BOX SENIOR



FICHE IDENTITAIRE ET MEDICALE

En remplissant la fiche identitaire et médicale et en plaçant votre boîte « life box » dans votre frigo, vous marquez votre accord à l'accès et l'utilisation de l'ensemble de vos données personnelles par les services de secours afin de faciliter leur intervention. Ces données seront traitées confidentiellement.

MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

DATE DE LA MISE A JOUR DE LA FICHE : .....

PARTIE 1 : FICHE IDENTITAIRE

NOM :
PRÉNOM :
ADRESSE :
NATIONALITÉ :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
REGISTRE NATIONAL :
N° DE CARTE D'IDENTITE :
TEL/GSM :

PERSONNE DE CONTACT	PERSONNE DE CONFIANCE
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
LIEN DE PARENTÉ :	LIEN DE PARENTÉ :
TEL/GSM :	TEL/GSM :
REMARQUES :	REMARQUES :

MEDECIN TRAITANT : TEL/GSM :

INFIRMIER DE REFERENCE : TEL/GSM :
SERVICE ET AIDE FAMILIALE DE REFERENCE : TEL/GSM :
PHARMACIE DE REFERENCE : TEL/GSM :
HOPITAL DE REFERENCE : TEL/GSM :

CAPACITES DE COMPREHENSION ET D'EXPRESSION EN FRANÇAIS :

PARTIE 2 : FICHE MEDICALE

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT

GROUPE SANGUIN :

TRAITEMENT ANTICOAGULANT : OUI - NON, LEQUEL ? :

ALLERGIES

COCHER LA OU LES CASE(S)

O ANTIBIOTIQUES : .....
O ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS (ASPIRINES...) .....
O ALIMENTAIRES : .....
O AUTRES : .....

O JE NE PRENDS AUCUN MÉDICAMENT

LISTE COMPLÈTE ET À JOUR DE TOUS LES MÉDICAMENTS AVEC OU SANS ORDONNANCE QUE JE PRENDS TOUS LES JOURS OU AU BESOIN

(le médecin traitant peut soit compléter le tableau ou joindre une copie du traitement)

NOM DU MEDICAMENT	DOSAGE	POURQUOI JE PRENDS CE MÉDICAMENT ?	MOMENT DE PRISE ET QUANTITÉ					REMARQUES ÉVENTUELLES (Exemple : fréquence particulière, médicament au besoin)
			Matin	*Midi*	*Après-midi*	*Soir*	*Coucher*	

LA LISTE REPRISE CI-DESSUS EST COMPLÈTE : OUI | NON

CARACTERISTIQUES PHYSIQUES

COCHER LA OU LES CASE(S)

O APPAREIL AUDITIF
O LUNETTES / LENTILLES
O PROTHESE DENTAIRE AMOVIBLE
O PROTHESE PHYSIQUE
O AIDES A LA MOBILITE (CANNE, TRIBUNE...)

APTITUDES HABITUELLES

ENTOURER LE NOMBRE EXACT
1 = DÉFICITAIRE
2 = MOYEN
3 = BON

1 2 3 ORIENTATION DANS L'ESPACE
1 2 3 MÉMOIRE
1 2 3 MOBILITE GENERALE
1 2 3 OUIE
1 2 3 AUTRES : .....

AFFECTIONS CHRONIQUES/ ANTECEDENTS

COCHER LA OU LES CASE(S)

O ALZHEIMER
O ASTHME
O BRONCHITE CHRONIQUE
O DIABETE
O EPILEPSIE
O HEPATITE
O INSUFFISANCE RENALE
O SURDITE
O CECITE
O HYPERTENSION CARDIAQUE
O HEMOPHILIE
O MALADIES AUTO-IMMUNES
O AUTRES : .....

PERSONNES DE CONTACT POUR VOUS AIDER À COMPLÉTER OU ACTUALISER VOS DOCUMENTS

PLAN DE COHÉSION SOCIALE - pcs@villedefontaine.be
SERVICE SANTÉ - sante@villedefontaine.be
Administration communale - 1 rue du château 6140 Fontaine-L'Evêque - 071/54.81.45 (98)

Ville de FONTAINE-L'ÉVÊQUE

UNE INITIATIVE DU COLLÈGE COMMUNAL ET DU PLAN DE COHÉSION SOCIALE

Avec le soutien de la Wallonie