



1. Remplissez le formulaire.
2. Faites-le valider par votre médecin traitant.
3. Déposez-le avec les autres documents dans une boîte jaune.
4. Placez cette boîte jaune dans la porte de votre frigo.
5. Mettez ces données à jour annuellement.
6. Ces données pourraient aider les services de secours en cas d'intervention.

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Numéro : _____ Boîte : _____
 Code postal : _____ Localité : _____



Homme Femme

Nationalité : _____ Numéro de registre national : _____
 Date de naissance : _____
 Groupe sanguin : _____

Annexes éventuelles :

- Déclaration de don d'organes
- Déclaration de refus anticipé (exemple : non réanimation)
- Autre :

1. Coordonnées utiles :

Fonction	Nom	Numéro de téléphone
Personne de contact		
Médecin traitant		
Pharmacien		
Infirmier (éventuel)		
Kiné (éventuel)		
Autre :		

Ne renseignez que les éléments médicaux utiles et pertinents en cas d'intervention des services d'urgences

2. Aptitudes habituelles :

Thèmes	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Orientation dans l'espace et le temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilité générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouïe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à comprendre et à s'exprimer en français	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre(s) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Maladies connues :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Médicaments habituels :

Attention ! Ne mettez pas de médicaments dans la boîte.

Joignez si possible le «schéma thérapeutique» daté et délivré par votre pharmacien ou votre médecin.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Allergies médicamenteuses :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Commentaires :

Inscrivez ici ce que vous pensez devoir communiquer de vous (exemples : peurs, présences d'animaux de compagnie,...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AIDANT-PROCHE

À compléter si vous êtes la personne décrite dans la fiche et que vous êtes l'aidant-proche de quelqu'un d'autre (y compris de votre époux(se) ou cohabitant(e) si celui(elle)-ci ne peut se débrouiller sans votre assistance).

« aidant proche » de :

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Numéro :

Code postal :

Boîte :

Localité :

n'est pas « aidant proche ».

Zone à faire remplir par votre médecin traitant

Pour plus d'efficacité, merci de faire valider cette fiche par votre médecin traitant en lui demandant d'apposer sa signature.

Revu par Dr

Signature :

Pensez à mettre régulièrement à jour les données du formulaire

Date de la dernière mise à jour du document :



**Merci aux intervenants
de laisser cette boîte à
domicile**

Remarque importante :

En aucun cas la responsabilité des intervenants des services d'urgence ne peut être engagée au cas où cette fiche n'aurait pas été consultée lors de l'intervention.