



Numéros d'urgence

Fiche de suivi médical

(pour tous)

112

Ambulances
Pompiers

101

Police

RESPECT SENIORS

0800 30 330

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.

Prénom :

NOM :

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

☐ Autre :

1. Coordonnées utiles :

Fonction	Prénom NOM	Coordonnées (tél. , adresse)
Personne(s) de contact		
Médecin traitant		
Pharmacien		
Infirmier (éventuel)		
Kiné (éventuel)		
Hôpital de référence dans la région		
Autre :		

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

2. Aptitudes habituelles :

Thèmes	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Orientation dans l'espace et le temps	☐	☐	☐
Mémoire	☐	☐	☐
Mobilité générale	☐	☐	☐
Vue	☐	☐	☐
Ouïe	☐	☐	☐
Capacité à comprendre et à s'exprimer en français	☐	☐	☐
Autre(s) :	☐	☐	☐

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, présence 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 : Boîte :

Code postal : 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.