

# FICHE SIGNALÉTIQUE Programme On rentre à la maison

Remplir et faire parvenir à l'adresse suivante: [info@alzheimerestrie.com](mailto:info@alzheimerestrie.com)

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF

Nom, prénom :

Surnom par lequel la personne préfère être appelée :

Date de naissance (jj/mm/aaaa):

Langue(s) parlée(s) :

Utilisation d'un téléphone cellulaire. Numéro :

Adresse actuelle de la personne

No civique et rue :

Ville et code postal :

Vit avec :

1. Nom :

Lien :

2. Nom :

Lien :

3. Vit seule

Vit en résidence (Nom de la résidence) :

## PERSONNES RESSOURCES

Premier contact (ou représentant légal s'il y a lieu) – nom et prénom :

Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. domicile :

Cell. :

Courriel. :

Second contact (ou représentant légal s'il y a lieu) – nom et prénom :

Lien avec la personne :

Tél. (pour urgence) :

## DESCRIPTION PHYSIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : féminin masculin Taille : Poids : Lbs Kg

Couleur des yeux : Couleur des cheveux : Détails cheveux/barbe :

Couleur de la peau/teint :

Traits spécifiques (ex. : cicatrices, tatouages...) :

## CAPACITÉS COGNITIVES ET PHYSIQUES

|                       | Fonctionnel | Difficulté | Incapacité | Précisez au besoin         |                  |               |
|-----------------------|-------------|------------|------------|----------------------------|------------------|---------------|
| Voir                  |             |            |            | Port de lunettes           |                  |               |
| Entendre              |             |            |            | Port d'un appareil auditif |                  |               |
| Retenir l'information |             |            |            |                            |                  |               |
| Parler                |             |            |            |                            |                  |               |
| S'orienter            |             |            |            |                            |                  |               |
| Se déplacer           |             |            |            | Distance : _____ avec :    | canne            | marchette     |
|                       |             |            |            |                            | Fauteuil roulant | Quadriporteur |

Médicaments indispensables/pour quelle maladie :

La personne a-t-elle déjà été portée disparue? non

oui → à quel endroit a-t-elle été retrouvée?

Endroits favoris de la personne (présents et passés) :



Anciens lieux de résidence ayant marqué la personne :

Ancien métier ou lieu de travail :

Passe-temps ou passions (anciens et actuels) :

Moyen (s) de transport habituellement utilisé (s) :

Meilleures manières pour rassurer/calmer la personne (ex. : parler d'une personne ou d'intérêts particuliers; lui prendre la main, proposer un breuvage, etc.) :

Autres informations importantes :

## AUTORISATIONS

### CONSENTEMENT À LA COLLECTE DE L'INFORMATION – J'ai rempli cette fiche et j'atteste que je suis :

La personne inscrite elle-même

Une personne autorisée à inscrire la personne concernée selon **une** des conditions suivantes :

La personne concernée a consenti à son inscription et est en mesure de donner son consentement

J'ai l'autorisation légale de procéder à de telles démarches

### CONSENTEMENT À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En transmettant ma fiche à la Société Alzheimer de l'Estrie, je consens à ce que cette dernière me contacte et transmette ma fiche au service de police de ma municipalité. Certains renseignements pourront également être partagés à l'ensemble des services de police du Québec via le Centre de renseignements policiers du Québec. Les renseignements fournis y seront conservés et pourront être utilisés pour me porter assistance et pour intervenir auprès de moi, en cas de disparition, de situation d'errance ou de toute autre situation justifiant l'intervention des policiers afin d'assurer ma sécurité.

J'ai joint une photo récente de la personne inscrite à l'envoi de cette fiche

J'autorise la diffusion de la photo de la personne inscrite dans les médias en cas de disparition

Faire une copie de la fiche et garder accessible en cas de besoin.

**Signature :** ..... - Signé le (jj/mm/aaaa):

**Nom et prénom** (lettres moulées) :

**Tél. :**

**Courriel :**

**Merci de bien indiquer votre adresse courriel afin que nous puissions effectuer le suivi et la mise à jour annuelle de votre dossier.**

