



FINDING Your Way **TROUVER votre chemin**

*Pour les personnes atteintes de l'Alzheimer,
chaque pas compte.*

Trousse d'identification

Remplissez le présent formulaire et conservez-le à un endroit central
(p. ex., table du hall d'entrée, porte du réfrigérateur).

Gardez un exemplaire supplémentaire de cette trousse pour la police. Si la personne est portée disparue, vous disposerez immédiatement d'informations précieuses pour aider la police à effectuer ses recherches.

Il est urgent de lancer les recherches
Ne tardez pas - appelez le 911

Actions immédiates:

- 1. Restez calme.**
- 2. Appelez la police.**
- 3. Restez à la maison.**



Pour les coordonnées de votre Société Alzheimer locale,
appelez le 2-1-1
Visitez: FindingYourWayOntario.ca

Société Alzheimer Society

Financé par





Informations de base / Basic Information

Prénom / First Name: _____

Nom / Surname: _____

Surnom / Nickname: _____

Date de naissance / Date of birth: _____ Sexe / Sex: _____

Langues(s) parlée(s) / Language(s) spoken: _____

Adresse du domicile / Home address: _____

Signalement / Physical Description

Taille/Height: _____ pi/feet _____ po/inches Poids/Weight: _____ lbs/kg

Couleur des yeux / Eye colour: _____

Couleur des cheveux / Hair colour: _____

Physionomie / Complexion: _____

Origine ethnique / Ethnic origin: _____



Renseignements médicaux / Medical Information

Troubles médicaux(s) / Medical condition(s): _____

Allergies / Allergies: _____

Médicaments / Medications: _____

Conséquences de la non-prise de médicaments / Results of not taking medications:

N°de RAMO / OHIP #: _____ version / version: _____

Nom du médecin de famille / Family doctor's name: _____

N°de tél. du médecin / Doctor's phone number: (_____) _____

Lieux potentiels à visiter / Potential Places to Look

Endroits où la personne pourrait se rendre (p. ex., anciennes adresses, emploi précédent, magasins préférés, centre commercial du voisinage, bureau de poste, etc.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____



Si la personne conduit un véhicule / For Drivers

Numéro d'immatriculation / Licence plate #: _____

Couleur du véhicule / Vehicle colour: _____

Marque & modèle du véhicule / Vehicle make & model: _____

Personne à contacter en cas d'urgence / Emergency Contact Person

Nom / Name: _____

Lien de parenté avec la personne atteinte / Relationship to person with dementia:

N°de tél. à la maison / Home phone #: _____

N°de tél. au travail / Work phone #: _____

N°de tél. cell. / Cell phone #: _____

Adresse du domicile / Home address: _____
