

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION

1 INFORMATIONS DE BASE

Prénom :

Nom :

Ancien(s) nom(s) :

Surnom(s) :

Adresse actuelle :

Ville :

Région :

Code Postal :

N° de tél. :

N° de cell. :

Date de naissance :

Sexe :

Origine ethnique :

Langue(s) parlée(s) – Indiquer la langue maternelle :

Adresse du lieu de naissance (si connue) :

Modalités de vie actuelle :

Vit seul

Vit en famille

Établissement

Autre (veuillez préciser):

2 DESCRIPTION PHYSIQUE

Taille :

Poids :

Pointure :

Couleur des yeux :

Couleur des cheveux :

Type de cheveux (c. à d. bouclés, droits, franges, etc.) :

Pilosité du visage (décrire le style le cas échéant) :

Teint :

Main dominante :

Gauche

Droite

Signes particuliers – Cocher toutes les cases qui s'appliquent et fournissez plus de détails :

Cicatrices

Tatouages

Aucun

Autre :

Élocution (c. à d. accent, bégaiement, etc.):

Appareil auditif ou difficultés? Oui Non

Lunettes ou verres de contact? Oui Non

Prothèse dentaire : Supérieure Inférieure Aucune

Mobilité : Canne Fauteuil roulant Déambulateur Trottrinette

Autre (veuillez préciser) :

Aucun appareil fonctionnel

Facteurs de risque : Suicidaire Désorienté Frustré Déprimé

Autre (veuillez préciser) :

Fumeur? Oui Non Fréquence :

Type(s) (cigarettes, cigares, etc.) :

Marque(s) :

Consomme de l'alcool? Oui Non Fréquence :

Type(s) (vin, bière, spiritueux, etc.) :

Marque(s) :

Nota : nécessaire si l'on trouve de l'alcool. Peut aider à diriger vers la personne égarée.

Antécédents médicaux et maladies :

Crise cardiaque - date :

AVC - date:

Insuffisance cardiaque congestive Diabètes Stimulateur Asthme Crises

Hypertension artérielle Bronchopneumopathie chronique obstructive Irrégularité cardiaque

Santé mentale et comportements associés Diabétique dépendant à l'insuline

Cancer - date du diagnostic :

Actuellement en chimiothérapie/rayons Rémission

Interventions chirurgicales au cours des 5 dernières années? Si oui, indiquez-les:

Allergies - Veuillez les indiquer, y compris toute allergie ou sensibilité alimentaire :

Médicaments :
Veuillez faire la liste :

Médicaments autoprescrits (c. à d. vitamines, herbes, compléments alimentaires) :

Conséquences de ne pas prendre de médicaments :

N° RAMO :

Version :

Nom du médecin de famille :

No de tél :

Disposez-vous d'un formulaire Ne pas réanimer? Oui Non

Si oui, où est-il?

Un dispositif de suivi est-il utilisé? Oui Non Avez-vous préparé une procuration : Oui Non

Si oui, qui est le mandataire?

Nom:

N° de tél. :

Courriel :

4 PERSONNALITÉ ET VIE

Personnalité - Décrivez :

Loisirs :

Besoins spirituels et culturels :

Possessions préférées, y compris les animaux de compagnie :

Endroits préférés/importants :

Déclencheurs de difficultés :

Meilleures manières de calmer la personne :

Meilleures manières de communiquer :

La personne qui connaît le mieux la personne est un : Membre de la famille Ami

Autre Nom :

N° de tél. :

Courriel :

Y a-t-il des parents? Autre que Procuration, ou une personne qu'ils aimeraient rechercher?

Oui Non

Si Oui, veuillez indiquer vos coordonnées ainsi que celles des autres proches :

Nom :

N° de tél. :

Courriel :

Nom :

N° de tél. :

Courriel :

Nom :

N° de tél. :

Courriel :

Nom :

N° de tél. :

Courriel :

Nom :

N° de tél. :

Courriel :

Moments importants de la vie - inclure les dates :

Moyens de transport habituels - Cocher toutes les cases qui s'appliquent :

Voiture Marche Vélo Transports publics Autre:

Si la personne conduit, veuillez indiquer :

N° plaque d'immatriculation :

Couleur du véhicule :

Marque et modèle du véhicule :

5 VIE ANTÉRIEURE

Adresses antérieures - indiquer la durée :

Adresses des lieux de travail passés - indiquer à quel moment :

La personne s'est-elle déjà égarée ou a-t-elle déjà disparu dans le passé? Oui Non

Si Oui, combien de fois? 1-3 4-6 7-9 10+

Où la personne a-t-elle été retrouvée?

Date :

Nom du partenaire de soins :

N° de tél. :

Relation :

Courriel :

6 CONSEILS

- Inscrire la personne atteinte d'une maladie cognitive à un registre : certaines communautés disposent du programme Lifesaver, ou d'un registre des personnes vulnérables. Pour celles qui n'en ont pas, il existe MedicAlert^{MD} Sécu-retour^{MD}.
- Étiquetez les vêtements de la personne avec son nom et le numéro de téléphone du partenaire de soins.
- Prélevez l'odeur de la personne (sous les aisselles) à l'aide une boule de coton et déposez-la dans un contenant stérilisé. Elle sera utilisée par les chiens de recherche et de sauvetage.
- Utilisez un dispositif de localisation. Vous pouvez les comparer à tech.findingyourwayontario.ca
- Dissimulez les portes pour dissuader la personne de quitter les lieux.
- Offrez-lui un espace libre sans encombrement pour qu'elle puisse se promener.
- Placez ce formulaire dans un sac de congélation (Ziploc^{MD}) et placez-le dans le congélateur pour le conserver : laissez une note sur le réfrigérateur pour vous souvenir de son emplacement.
- Utilisez les listes de contrôle En cas de disparition et, Quand la personne est retrouvée.

7 PHOTO

Placer une photo récente ici.

