



DATE : LE

### 1. IDENTITE :

NOM/PRENOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

NATIONALITE : .....

ADRESSE : .....

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL : .....

### 2. INFORMATIONS UTILES :

TRAITEMENT SPECIFIQUE (MEDICAMENTS) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

ALLERGIE(S) : .....

.....

.....

MALADIE(S) CONNUE(S) : .....

.....

.....

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN : .....

### 3. PORTRAIT :

Homme  Femme

<p><b>Type:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Caucasien (peau blanche)</p> <p><input type="checkbox"/> Méditerranéen</p> <p><input type="checkbox"/> Asiatique</p> <p><input type="checkbox"/> Nord-Africain</p> <p><input type="checkbox"/> Métis</p> <p><input type="checkbox"/> Africain</p> <p><b>Corpulence:</b></p> <p>Taille:        cm</p> <p>Poids:        kg</p> <p><input type="checkbox"/> mince</p> <p><input type="checkbox"/> moyenne</p> <p><input type="checkbox"/> forte/robuste</p> <p><input type="checkbox"/> grosse</p> <p><b>Langue:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Français</p> <p><input type="checkbox"/> Italien</p> <p><input type="checkbox"/> Turque</p> <p><input type="checkbox"/> Patois</p> <p><input type="checkbox"/> Néerlandais</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <p><b>Voix:</b></p> <p><input type="checkbox"/> forte        <input type="checkbox"/> douce</p> <p><input type="checkbox"/> calme        <input type="checkbox"/> aiguë</p> <p><input type="checkbox"/> nerveuse</p> <p><input type="checkbox"/> bégaiement</p> <p><b>Forme du visage:</b></p> <p><input type="checkbox"/> gros</p> <p><input type="checkbox"/> fin</p> <p><input type="checkbox"/> allongé</p> <p><input type="checkbox"/> carré</p> <p><input type="checkbox"/> rond</p>	<p><b>Sourcils:</b></p> <p><input type="checkbox"/> fins</p> <p><input type="checkbox"/> épais</p> <p><b>Yeux:</b></p> <p><input type="checkbox"/> clairs</p> <p><input type="checkbox"/> foncés</p> <p><input type="checkbox"/> strabisme</p> <p><input type="checkbox"/> œil de verre</p> <p><b>Nez:</b></p> <p><input type="checkbox"/> long</p> <p><input type="checkbox"/> petit</p> <p><input type="checkbox"/> de travers</p> <p><input type="checkbox"/> plat</p> <p><b>Bouche:</b></p> <p><input type="checkbox"/> moyenne</p> <p><input type="checkbox"/> grande</p> <p><input type="checkbox"/> petite</p> <p><input type="checkbox"/> de travers</p> <p><b>Oreilles:</b></p> <p><input type="checkbox"/> petites</p> <p><input type="checkbox"/> grandes</p> <p><input type="checkbox"/> boucles d'oreille</p> <p><b>Couleur des cheveux:</b></p> <p><input type="checkbox"/> blancs    <input type="checkbox"/> blonds</p> <p><input type="checkbox"/> bruns    <input type="checkbox"/> noirs</p> <p><input type="checkbox"/> roux</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <p><b>Type de cheveux:</b></p> <p><input type="checkbox"/> longs</p> <p><input type="checkbox"/> mi-longs</p> <p><input type="checkbox"/> courts</p>	<p><input type="checkbox"/> brosse/pointes (gel)</p> <p><input type="checkbox"/> ondulés</p> <p><input type="checkbox"/> bouclés</p> <p><input type="checkbox"/> calvitie naissante</p> <p><input type="checkbox"/> chauve</p> <p><input type="checkbox"/> raides</p> <p><b>Signes distinctifs:</b></p> <p><input type="checkbox"/> tatouages</p> <p><input type="checkbox"/> cicatrices</p> <p><input type="checkbox"/> infirmités :</p> <p><input type="checkbox"/> canne/tribune</p> <p><input type="checkbox"/> autres :</p> <p>          endroit :</p> <p><input type="checkbox"/> gaucher</p> <p><input type="checkbox"/> droitier</p> <p>groupe sanguin :</p> <p><b>Lunettes:</b></p> <p><input type="checkbox"/> modernes</p> <p><input type="checkbox"/> classiques</p> <p><input type="checkbox"/> claires</p> <p><input type="checkbox"/> colorées</p> <p><input type="checkbox"/> autre :</p> <p><b>Barbe et/ou moustache:</b></p> <p><input type="checkbox"/> barbe</p> <p><input type="checkbox"/> barbe de 2-3 jours</p> <p><input type="checkbox"/> moustache</p> <p><input type="checkbox"/> aucune</p>
---	---	--

VIGNETTE



#### 4. PERSONNES DE CONTACT

ENFANTS	
NOM DES ENFANTS	
ADRESSE	
TELEPHONE	
LIEN AVEC LA PERSONNE	
PERSONNE AVERTIE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
REMARQUES	
PERSONNE DE CONTACT	
NOM - PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
LIEN AVEC LA PERSONNE	
PERSONNE AVERTIE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
REMARQUES	
PERSONNE DE CONTACT	
NOM - PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
PERSONNE AVERTIE ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
REMARQUES	

PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE

--	--

ANCIENNE ADRESSE : .....

.....

ANCIENS EMPLOIS (+ LIEUX) : .....

.....

.....

SI VEUF, CIMETIERE DU DEFUNT CONJOINT (+ NOM, PRENOM) : .....

.....

ENDROITS FREQUENTES : .....

.....

.....

.....

**5. TRANSPORT(S) UTILISE(S) HABITUELLEMENT**

PEDESTREMENT     TRAIN     CYCLO     VOITURE     BUS     VELO

- **SI TRANSPORTS EN COMMUN :**  
 LIGNE(S) UTILISEES HABITUELLEMENT :  
 ARRETS :  
 CORRESPONDANCES :  
 DESTINATION A ATTEINDRE :
- **SI A PIED :**  
 DEMARCHE PARTICULIERE :  
 ALLURE DE LA MARCHÉ :
- **SI VEHICULE AUTOMOTEUR :**  
 CATEGORIE/MARQUE ET TYPE :  
 N° DE CHASSIS OU DE CADRE :

**6. ANTECEDENT(S) DE DISPARITION**

DATE	RETROUVE(E) A QUEL ENDROIT	CIRCONSTANCES



## 7. EN CAS DE DISPARITION (A REMPLIR PAR UN PROCHE):

Date et heure de la disparition	
Endroit où la personne disparue a été vue pour la dernière fois	
LA PERSONNE DISPARUE DOIT-ELLE IMPERATIVEMENT SUIVRE UNE MEDICATION?	<input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Inconnu
LA PERSONNE DISPARUE EST-ELLE EN POSSESSION DE SES MEDICAMENTS?	<input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Inconnu
QUELLES SONT LES CONSEQUENCES PREVISIBLES SI LA PERSONNE NE PREND PAS SES MEDICAMENTS?	
ATTITUDES PARTICULIERES (AGRESSIVITE, SOUS L'INFLUENCE DE DROGUE, ALCOOL, ...)	<input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/> Inconnu
PRECAUTIONS A PRENDRE:	
PARTICULARITES QUANT AU CONTEXTE (SOCIAL) A L'ORIGINE DE LA DISPARITION (PAR EX. DISPUTES, TENSIONS AVEC DES TIERS, TENSIONS PAR RAPPORT A DES PROBLEMES RELATIONNELS AVEC LA FAMILLE OU DES AMIS ...)	

### Généralités

Heure dernier repas:
possession :
<input type="checkbox"/> Carte d'identité <input type="checkbox"/> Permis <input type="checkbox"/> carte de banque
<input type="checkbox"/> argent montant: .....
<input type="checkbox"/> bijoux <input type="checkbox"/> montre <input type="checkbox"/> alliance <input type="checkbox"/> autre :
<input type="checkbox"/> GSM numéro :.....
<input type="checkbox"/> nécessaire de toilette <input type="checkbox"/> autres bagages :

### Vêtements

<input type="checkbox"/> chapeau <input type="checkbox"/> casquette <input type="checkbox"/> béret <input type="checkbox"/> casquette <input type="checkbox"/> écharpe
couleur:
<input type="checkbox"/> chemise <input type="checkbox"/> blouse <input type="checkbox"/> T-shirt <input type="checkbox"/> autres:
couleur:
<input type="checkbox"/> manteau <input type="checkbox"/> gilet <input type="checkbox"/> imperméable <input type="checkbox"/> autres:
couleur:
<input type="checkbox"/> pantalon <input type="checkbox"/> short <input type="checkbox"/> robe <input type="checkbox"/> pantacourt <input type="checkbox"/> jupe <input type="checkbox"/> autres:
couleur:
<input type="checkbox"/> basket <input type="checkbox"/> chaussures classiques <input type="checkbox"/> bottes <input type="checkbox"/> autres:
couleur:
<input type="checkbox"/> sac à main <input type="checkbox"/> autres:
couleur:




## 8. CONSEILS ET MODE D'EMPLOI DE LA « BOITE DANS LE FRIGO »

1. Remplir la fiche que vous avez reçue pour la personne concernée avec le plus grand soin.
2. Compléter la fiche médicale et **mettre à jour à chaque modification**.
3. Choisir une boîte HERMETIQUE dans laquelle ces documents seront enfermés.
4. Apposez un des deux autocollants que vous avez reçu sur la face lisse de votre boîte.
5. Plier le tout (par personne) et mettre dans la boîte.
6. Placer la boîte à droite **dans la porte du frigo**.
7. Le DEUXIEME autocollant doit être collé sur le côté intérieur de la porte d'ENTREE du logement.

Attention :

En cas de disparition, fouillez le logement avec soin, en effet, les personnes désorientées recherchent des endroits exigus où elles peuvent être seules et se sentent bien.

### NUMÉROS IMPORTANTS

	Disparition	101
	Urgence	112
	Médecin de garde (après 18h -> 8h) le WE et les jours fériés. L'opérateur dirige l'appelant vers un service adéquat	065/31.20.00
	Pharmacie de garde Numéro utilisable entre 22h et 9h (1.5€ / la minute)	0903.99.000 Numéro payant : 1.5€ la minute www.pharmacie.be

### Info pratiques

**Vous pourrez obtenir toutes les informations auprès :**

- Des Services du Pôle Social, chaussée de Braine 47 - 7060 Soignies
- De la Police de la Haute-Senne, chaussée d'Enghien 180 - 7060 Soignies
- De votre médecin, de votre pharmacien et de l'ensemble du corps médical.
- Sur le site [www.soignies.be](http://www.soignies.be)



## AFFECTIONS CHRONIQUES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## APTITUDES HABITUELLES (NOTER BONNES OU PLUS OU MOINS DÉFICITAIRES) :

Orientation dans l'espace et le temps :

Mémoire : .....

Mobilité générale : .....

Vue : .....

Ouïe : .....




Capacité à comprendre et à s'exprimer en français : .....

Autre(s) .....

.....

DATE DE LA DERNIÈRE MISE À JOUR DE LA FICHE : ..... / ..... / .....

## NUMÉROS IMPORTANTS

	Urgence	112
	Médecin de garde (après 18h -> 8h) le WE et les jours fériés. L'opérateur dirige l'appelant vers un service adéquat	065/31.20.00
	Pharmacie de garde Numéro utilisable entre 22h et 9h (1.5€ / la minute)	0903.99.000 Numéro payant : 1.5€ la minute <a href="http://www.pharmacie.be">www.pharmacie.be</a>

Conseil Consultatif Communal des Aînés et des Moins Valides



### Les membres du CCCAMV

- Madame Yolande Mertens - Présidente : 0497 533 470
- Monsieur Joël Van Holder - Vice-Président : 0487 306 010
- Monsieur Jean-Luc Manfroid - Vice-Président : 0476 410 493
- Monsieur Luc François - Représentant PMR : 065 72 36 42