



Formulaire de renseignements en cas d'urgence



ORGANISME DE SOUTIEN AUX

aidants naturels

DE L'ONTARIO



RENSEIGNEMENTS DE BASE

À l'attention des services d'urgence! Veuillez prendre cette trousse pour en savoir plus sur moi.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Anciens nom(s) de famille : _____

Surnom(s) – veuillez encercler vos préférences : _____

Adresse : _____

Ville _____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____ N° de téléphone (cell) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____ Ethnicité : _____

Genre auquel je m'identifie : _____

Langue(s) parlée(s) – veuillez les énumérer et indiquer la première langue

Lieu de naissance : _____

Conditions de vie actuelles – Seul·e / en famille / autre (veuillez décrire) : _____



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

N° carte santé de l'Ontario	Code de la version :
Médecin de famille :	N° de téléphone :
Avez-vous un formulaire de non-réanimation en place ? O / N	
Si oui, où se trouve-t-il ?	
Existe-t-il une procuration ? O/N	
Si oui, qui est le mandataire ?	
Nom :	N° de téléphone :
Adresse courriel :	
Inscrit-e à Medic Alert ou au registre des personnes vulnérables ?	
Précisez les détails :	
Aides ou difficultés auditives ? O / N Portez-vous des lunettes ou des lentilles ? O / N	
Prothèses dentaires : supérieure/ inférieure / aucune	
Mobilité : (encerclez toutes les réponses pertinentes) : Utilise une canne / utilise un fauteuil roulant / utilise un déambulateur / utilise un scooter	
Autres (veuillez décrire) :	
Facteurs de risque (encerclez tous les facteurs pertinents) : Automutilation/ Confusion/ Frustration/ Dépression	
Autres (veuillez décrire) :	
Consomme du tabac ? O / N	Fréquence :
Consomme du cannabis ? O / N	Fréquence :
Consomme d'autres substances (p. ex., de l'alcool) O/N	Fréquence :



CONDITIONS ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Encerclez tout ce qui est pertinent ou ajoutez d'autres conditions connues

Handicaps :

Déficiences cognitives :

Crise cardiaque - date :

Accident vasculaire cérébral - date :

Insuffisance cardiaque congestive / Diabète / Stimulateur cardiaque / Asthme /

Battement de cœur irrégulier

Crises épileptiques / Hypertension artérielle / Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Maladie mentale et comportements associés

Diabète insulino-dépendant

Cancer :

date du diagnostic :

Actuellement en chimiothérapie/ en radiation/ en rémission ? Autre :

Chirurgie ou intervention au cours des cinq dernières années ? Si oui, veuillez les énumérer :

Allergies - veuillez énumérer toutes les allergies, y compris les sensibilités alimentaires :



MÉDICAMENTS

Veuillez énumérer les médicaments ou agraffer l'imprimé de la pharmacie à ce dossier.

Médicaments sur ordonnance en cours (prescrits par un-e médecin autorisé-e ou un-e infirmier-ère praticien-ne) Nom et dosage	Médicaments/compléments actuels en vente libre (p. ex. analgésiques en vente libre, vitamines, herbes, compléments alimentaires, autres) Nom et dosage
Conséquences de la non-prise de médicaments :	



PERSONNALITÉ ET MODE DE VIE

Personnalité	veuillez décrire
Habitudes	
Besoins spirituels et culturels	
Objets préférés, y compris les animaux domestiques	
Lieux préférés/ importants	
Les choses qui pourraient me causer du stress	
La meilleure façon de m'aider à rester calme	
La meilleure façon de communiquer avec moi	



La personne qui me connaît le mieux est : un membre de la famille/ un-e ami-e/ autre :

Nom : N° de téléphone :

Adresse courriel :

Y a-t-il de proches parents autres que le mandataire ?

Si oui, veuillez énumérer :

Nom : N° de téléphone :

Adresse courriel :

Nom : N° de téléphone :

Adresse courriel :

Nom : N° de téléphone :

Adresse courriel :

Nom : N° de téléphone :

Adresse courriel :

Mode(s) de déplacement habituel(s) Conduire / Marcher / Faire du vélo / Prendre les transports en commun / Autres :

Si vous conduisez, veuillez préciser :

Numéro de plaque d'immatriculation : Couleur du véhicule :

Marque et modèle du véhicule :



APPARANCE ET DESCRIPTION PHYSIQUE

Taille :

Poids :

Pointure de chaussure :

Couleur des yeux :

Couleur des cheveux :

Coiffure (p. ex., cheveux bouclés, cheveux lisses, des franges, etc.) :

Poils du visage (décrivez le style, le cas échéant) :

Teint :

Main dominante :

Caractéristiques distinctives – veuillez décrire (p. ex., cicatrices, tatouages, bégaiement, etc.)

Date à laquelle vous avez rempli ce formulaire :

PHOTO ACTUELLE



Placez ce formulaire dans un sac en plastique transparent pour les urgences ; pensez à l'afficher sur le réfrigérateur ou derrière la porte d'entrée. Assurez-vous de faire une autre copie pour la conserver en lieu sûr.

NOTE : Ce document a été adapté par l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario, 2022 avec la permission de la Société Alzheimer de l'Ontario 2021.

Adapté du Formulaire d'identification Trouvez votre chemin, Société Alzheimer de l'Ontario, 2019.



ORGANISME DE SOUTIEN AUX

aidants naturels

DE L'ONTARIO