

FICHE SIGNALÉTIQUE

Remplir et faire parvenir votre fiche à l'adresse suivante :

Société Alzheimer des Maskoutains-Vallée des Patriotes
1970, rue des Cascades Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 3J5
450 768-6616 | direction@alzheimermvp.com | alzheimermvp.com

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE MALADIE COGNITIVE

Nom, prénom : Date de naissance :

Langue(s) parlée(s) : Num. de carte d'assurance-maladie :

Adresse actuelle de la personne

Rue : Ville et code postal :

Nom de la résidence (si applicable) :

DESCRIPTION PHYSIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ

Sexe : féminin masculin Taille : Poids :

Couleur des yeux : Couleur des cheveux : Cheveux (détails) :

La personne porte des lunettes : oui non

Fiche dentaire disponible : oui non

Nom du dentiste : Téléphone :

La personne a des difficultés à entendre : oui non

Si oui, la personne porte-t-elle un appareil auditif? oui non

Médicaments indispensables :

Pour quelle(s) maladie(s) :

CAPACITÉS COGNITIVES ET PHYSIQUES

	Normales	Déficientes	Absentes	Spécifiez au besoin
Langage				
Orientation spatiale				
Mobilité				
Mémoire				

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

Si oui, à quel endroit a-t-elle été retrouvée?

Si non, indiquez ses endroits favoris (présents et passés):

Anciens lieux de résidence ayant marqué la personne disparue :

Ancien métier ou lieu de travail : Anciens passe-temps ou passions :

PERSONNES RESSOURCES

Premier contact - nom et prénom : Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. résidence : Cell. : Courriel :

Second contact - nom et prénom : Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. résidence : Cell. : Courriel :

Courriel :

- J'autorise la Société Alzheimer des Maskoutains-Vallée des Patriotes à transmettre cette fiche signalétique au service de police de ma municipalité et à la Société Alzheimer de ma région. Les informations transmises aux policiers seront inscrites au centre de renseignements policiers et utilisées en cas de disparition seulement.
- Si la personne inscrite a toujours un permis valide, j'autorise le service de police à transmettre une demande de vérification d'aptitude à conduire à la SAAQ.
- J'ai joint une photo récente de la personne à l'envoi de cette fiche.
- J'autorise un conseiller aux familles de la Société Alzheimer de ma région à me joindre.
- Je souhaite recevoir par courriel des détails sur les activités de la Société Alzheimer de ma région.

La personne atteinte a-t-elle un représentant légal? Oui Non

Si oui, indiquez le nom du représentant légal :

Nom et prénom (caractères d'imprimerie) : Tél. : Courriel :

Signature : Signé le :



RÉGIE
INTERMUNICIPALE
DE POLICE RICHELIEU
SAINT-LAURENT

La mémoire
du cœur
Société Alzheimer
des Maskoutains-Vallée des Patriotes

Famille
Québec