



FICHE DE RENSEIGNEMENT

1 BIEN VOUS CONNAÎTRE !

Le bénéficiaire principal

Nom Prénom

	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillages

- Pacemaker
- Prothèse auditive
- PMR Personne à Mobilité Réduite
- Prothèse de hanche
- Oxygène/respirateur

Antécédents médicaux

- Infarctus
- Allergie
- Coliques néphrétiques
- Épilepsie
- Fracture du col du fémur

Suivi médical

- Diabète
- Infarctus
- Tachycardie
- Hypertension
- Insuffisance respiratoire
- Asthme
- Maladie d'Alzheimer
- AVC
- Maladie de Parkinson
- Autres

Le second bénéficiaire si option 2^{ème} bracelet

Nom Prénom

	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillages

- Pacemaker
- Prothèse auditive
- PMR Personne à Mobilité Réduite
- Prothèse de hanche
- Oxygène/respirateur

Antécédents médicaux

- Infarctus
- Allergie
- Coliques néphrétiques
- Épilepsie
- Fracture du col du fémur

Suivi médical

- Diabète
- Infarctus
- Tachycardie
- Hypertension
- Insuffisance respiratoire
- Asthme
- Maladie d'Alzheimer
- AVC
- Maladie de Parkinson
- Autres

Votre médecin traitant :

Madame Monsieur Adresse
Nom Code postal Ville Téléphone

Votre pharmacien :

Madame Monsieur Adresse
Nom Code postal Ville Téléphone

2 AIDANT RÉFÉRENT : infirmier, tuteur, assistant social, proche,...

Madame Monsieur Nom Prénom

Adresse Lien de parenté

Code postal Ville Dispose des clefs du foyer

Téléphone fixe Téléphone mobile

Disponibilité Jour Nuit Si tuteur, type de mise sous protection

3 VOTRE ENTOURAGE - INTERVENANT A

Madame Monsieur Nom Prénom

Adresse Lien de parenté

Code postal Ville Dispose des clefs du foyer

Téléphone fixe Téléphone mobile

Pouvons-nous vous joindre ? En permanence Le jour La nuit

Temps de trajet pour se rendre chez le bénéficiaire - de 15 minutes - de 30 minutes - de 60 minutes

4 VOTRE ENTOURAGE - INTERVENANT B

Madame Monsieur Nom Prénom

Adresse Lien de parenté

Code postal Ville Dispose des clefs du foyer

Téléphone fixe Téléphone mobile

Pouvons-nous vous joindre ? En permanence Le jour La nuit

Temps de trajet pour se rendre chez le bénéficiaire - de 15 minutes - de 30 minutes - de 60 minutes

5 VOTRE ENTOURAGE - INTERVENANT C

Madame Monsieur Nom Prénom

Adresse Lien de parenté

Code postal Ville Dispose des clefs du foyer

Téléphone fixe Téléphone mobile

Pouvons-nous vous joindre ? En permanence Le jour La nuit

Temps de trajet pour se rendre chez le bénéficiaire - de 15 minutes - de 30 minutes - de 60 minutes

 Le souscripteur atteste de l'exactitude des renseignements obligatoires ci-dessus, il s'engage à signaler à IRIS assistance toutes modifications utiles à la prestation et à défaut dégage la responsabilité d'IRIS assistance. Il accepte qu'IRIS assistance communique les présents renseignements aux intervenants mobilisés par la prestation.

Les informations personnelles recueillies dans le présent document « Fiche de renseignement » ont un caractère obligatoire. IRIS assistance est la seule habilitée à traiter les données nécessaires à la bonne exécution du service.

Le bénéficiaire principal

Le second bénéficiaire
si option 2^{ème} bracelet

Fait à

Le