



EURL au capital de 6000 €
43, avenue des coutures
87000 Limoges
N° SIRET : 815 027 685 00016
contact@iris-assistance.fr - Tél. : 05 55 12 82 82

Ne rien inscrire					
N° du contrat					
Nom du bénéficiaire					
Date de saisie					
Code boîtier (si option)					

FICHE DE RENSEIGNEMENT

\bigcirc Bien vous	CONNA	ître!					
Le bénéficiaire principal				Le second bénéficiaire si option 2ème bracelet			
Nom	F	Prénom		Nom		Prénom	
	Bonne	Moyenne	Mauvaise		Bonne	Moyenne	Mauvaise
Voir				Voir			
Entendre				Entendre			
Parler				Parler			
Se déplacer				Se déplacer			
Cohérence				Cohérence			
Orientation				Orientation			
Appareillages Antécédents médicaux		Appareillages		Antécédents médicaux			
Pacemaker		Infarctus		Pacemaker		Infarctus	
Prothèse auditive		Allergie		Prothèse auditive		Allergie	
PMR Personne à Mobilité Réduite		Coliques néphrétiques		PMR Personne à Mobilité Réduite		Coliques néphrétiques	
Prothèse de hanche		Épilepsie		Prothèse de hanche		Épilepsie	
Oxygène/respirateur		Fracture du col du fémur		Oxygène/respirateur		Fracture du col du fému	
Suivi médical Suivi médical							
Diabète		Asthme		Diabète		Asthme	
Infarctus		Maladie d'Alzeimer		Infarctus		Maladie d'Alzeimer	
☐ Tachycardie		AVC		Tachycardie		AVC	
Hypertension		Maladie de Parkinson		Hypertension		Maladie de Parkinson	
Insuffisance re	espiratoire	Autres			respiratoire	Autres	
Votre médecin	traitant						
votre medecin	traitarit.						
Madame	☐ Mons	sieur Adı	resse				
Nom		Code postal V		ille Téle		éphone	
Votre pharmac	ien :						
☐ Madame ☐ Monsieur Adresse							
			lle 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 ?	☐ 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 ?	☐ 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 ^{éme} bracelet						
Fait à							
Le							