

ZONE DE POLICE FAGNES



COLLER UNE PHOTO
RECENTE DE LA PERSONNE

Document complété en date du :

Par (nom, prénom)

Actualisé en date du :

1. IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom et Prénom : Surnom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

La personne possède-t-elle un GSM ? OUI NON

Si oui, numéro de GSM :

2. INFORMATIONS UTILES

La personne dispose-t-elle d'un service de télévigilance ? OUI NON

Si oui, nom du service.....

Personne de contact Téléphone.....

La personne dispose-t-elle de services d'aide à domicile ? (aide familiale, repas, infirmière, ...) OUI NON

	Service 1	Service 2
Nom du service		
Personne de contact		
Numéro de téléphone		
	Service 3	Service 4
Nom du service		
Personne de contact		
Numéro de téléphone		

3. INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone du médecin :

Groupe sanguin : Hôpital détenant le dossier médical :

La personne doit-elle impérativement suivre une médication ? OUI NON

Affection(s) chronique(s)	Traitements, médicaments importants
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les conséquences prévisibles si la personne ne prend pas ses médicaments ?

.....

ALLERGIE(S)

.....

COLLER UNE VIGNETTE DE MUTUELLE

4. PERSONNES DE CONTACT

Personne de contact au sein de la famille		
	Première personne	Seconde personne
Nom et Prénom	..........	..........
Adresse	..........	..........
Téléphone	Fixe : GSM :	Fixe : GSM :
Lien de parenté	.....	.....
Remarques		

Autres personnes de contact

	Troisième personne	Quatrième personne
Nom et Prénom	..........	..........
Adresse	..........	..........
Téléphone	Fixe : GSM :	Fixe : GSM :
Lien de parenté	.....	.....
Remarques		

5. DESCRIPTION PHYSIQUE

AGE DONNE :

- HOMME
 FEMME

Type / Race :	Sourcils :	Type de cheveux :
<input type="checkbox"/> Caucasien (peau blanche)	<input type="checkbox"/> fins <input type="checkbox"/> épais	<input type="checkbox"/> longs <input type="checkbox"/> mi-longs
<input type="checkbox"/> Méditerranéen		<input type="checkbox"/> courts
<input type="checkbox"/> Asiatique	Yeux :	<input type="checkbox"/> brosse / pointes (gel)
<input type="checkbox"/> Nord-Africain	<input type="checkbox"/> clairs	<input type="checkbox"/> ondulés <input type="checkbox"/> bouclés
<input type="checkbox"/> Métis	<input type="checkbox"/> foncés	<input type="checkbox"/> plats <input type="checkbox"/> raides
<input type="checkbox"/> Africain	<input type="checkbox"/> strabisme	<input type="checkbox"/> calvitie naissante
	<input type="checkbox"/> œil de verre	<input type="checkbox"/> chauve
Corpulence :		<input type="checkbox"/> autres :
Taille : cm	Nez :	
Poids : kg	<input type="checkbox"/> long	Signes distinctifs :
<input type="checkbox"/> mince	<input type="checkbox"/> petit	<input type="checkbox"/> tatouages
<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> de travers	<input type="checkbox"/> cicatrices
<input type="checkbox"/> forte / robuste	<input type="checkbox"/> plat	<input type="checkbox"/> piercings
<input type="checkbox"/> très forte		<input type="checkbox"/> canne / gadot
	Bouche :	<input type="checkbox"/> infirmités
Langue :	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> autres :
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> grande	
<input type="checkbox"/> Néerlandais	<input type="checkbox"/> petite	<input type="checkbox"/> droitier
<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> de travers	<input type="checkbox"/> gaucher
Accent : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Oreilles :	Lunettes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Voix :	<input type="checkbox"/> petites	<input type="checkbox"/> modernes
<input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> calme	<input type="checkbox"/> grandes	<input type="checkbox"/> classiques
<input type="checkbox"/> nerveuse <input type="checkbox"/> bégaiement	<input type="checkbox"/> percées	<input type="checkbox"/> claires
<input type="checkbox"/> douce <input type="checkbox"/> aigue		<input type="checkbox"/> colorées
	Couleurs des cheveux :	<input type="checkbox"/> lentilles
Forme du visage :	<input type="checkbox"/> blancs	
<input type="checkbox"/> gros <input type="checkbox"/> fin	<input type="checkbox"/> bruns	Barbe et/ou moustache :
<input type="checkbox"/> allongé <input type="checkbox"/> carré	<input type="checkbox"/> roux	<input type="checkbox"/> barbe
<input type="checkbox"/> rond	<input type="checkbox"/> blonds	<input type="checkbox"/> moustache
	<input type="checkbox"/> noirs	<input type="checkbox"/> aucune
	<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> autre :

6. HABITUDES DE VIE

Adresses précédentes : (anciens domiciles, maison / village d'enfance, etc ...)	
Autres adresses de contact avec un lien relationnel ou professionnel : (ami, ancien collègue, lieu de travail, ...)	
Si veuf ou veuve, cimetière du conjoint (+ Nom et Prénom)	
Endroits habituellement fréquentés ou itinéraire potentiellement emprunté par la personne (commerces, itinéraire de promenade, loisirs, club fréquenté, ...)	
Modes de déplacement possibles	<input type="checkbox"/> A pied Démarche particulière : Allure de la marche : <input type="checkbox"/> A vélo <input type="checkbox"/> A cyclomoteur <input type="checkbox"/> En voiture Préciser l'immatriculation <input type="checkbox"/> En bus (préciser la ligne ou la destination) <input type="checkbox"/> En train (préciser la direction) <input type="checkbox"/> En taxi (préciser la compagnie) <input type="checkbox"/> Autre.....

7. ANTECEDENT(S) DE DISPARITION

La personne s'est-elle déjà perdue ? OUI NON

La police a-t-elle déjà dû intervenir pour une disparition ? OUI NON

Date	Retrouvé(e) à quel endroit	Circonstances

8. EN CAS DE DISPARITION (A REMPLIR PAR UN PROCHE OU UN SERVICE)

Date et heure du constat de la disparition de la personne	Date : Heure :
Qui a constaté la disparition ? Relation, lien avec la personne disparue	Nom : Prénom : Lien
Endroit où la personne a été vue pour la dernière fois	
Heure à laquelle la personne a été vue pour la dernière fois	
La personne disparue est-elle en possession de ses médicaments ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INCONNU
Précautions particulières (agressivité, sous influence de drogue, alcool, ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INCONNU
Précautions à prendre	
Particularité quant au contexte (social) <i>Par exemple, tensions avec des tiers, disputes, problèmes relationnels avec la famille ou des amis, ...)</i>	
Quelle(s) personne(s) de contact a (ont) été prévenue(s) ?	

GENERALITES :

La personne est-elle en possession de :	<input type="checkbox"/> carte d'identité <input type="checkbox"/> permis de conduire <input type="checkbox"/> carte de banque <input type="checkbox"/> GSM N° <input type="checkbox"/> argent Montant : <input type="checkbox"/> bijoux <input type="checkbox"/> montre <input type="checkbox"/> alliance
---	--

AU MOMENT DE SA DISPARITION, ...

Couleurs des cheveux :	Dessus	Chaussures
<input type="checkbox"/> Blancs <input type="checkbox"/> Bruns	<input type="checkbox"/> T-shirt <input type="checkbox"/> Chemise	<input type="checkbox"/> Chaussures de sport
<input type="checkbox"/> Roux <input type="checkbox"/> Blonds	<input type="checkbox"/> Blouse <input type="checkbox"/> Gilet	<input type="checkbox"/> Classiques <input type="checkbox"/> Sandales
<input type="checkbox"/> Noirs <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Pull	<input type="checkbox"/> Bottes
	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autres
Lunettes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Couleur	Couleur
<input type="checkbox"/> Modernes <input type="checkbox"/> Claires	<input type="checkbox"/> Manteau	
<input type="checkbox"/> Classiques <input type="checkbox"/> Colorées	<input type="checkbox"/> Veste sans manche	Couvre-chef
<input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Foncées	<input type="checkbox"/> Veste	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Chapeau
Forme	<input type="checkbox"/> Imperméable	<input type="checkbox"/> Casquette <input type="checkbox"/> Béret
	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Bonnet
Barbe et/ou moustache :	Couleur	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Moustache		Couleur
<input type="checkbox"/> Aucune	Dessous	
<input type="checkbox"/> Barbe	<input type="checkbox"/> Pantalon <input type="checkbox"/> Short	
<input type="checkbox"/> Barbe de 2-3 jours	<input type="checkbox"/> Pantacourt <input type="checkbox"/> Jupe	Bagage
<input type="checkbox"/> Bouc	<input type="checkbox"/> Legging	<input type="checkbox"/> Nécessaire de toilette
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Sac à main
	Couleur	<input type="checkbox"/> Autres.....

Conseils de prévention à l'intention des aînés et de leur famille

L'objectif de cette fiche identitaire ?

Être en mesure de fournir toutes les informations nécessaires aux **services de secours** (112, SMUR, ...) afin d'intervenir efficacement et rapidement en cas de malaise ou aux **services de police** dans le cadre d'une disparition.

Une intervention rapide des services de secours et des proches augmente beaucoup les chances de retrouver la personne saine et sauve.

Les proches de la personne susceptible de s'égarer doivent compléter consciencieusement cette fiche. Cette action peut être effectuée en présence du service d'aide et soins de la personne si celle-ci y a recours.

Nous vous demandons de placer ce document dans la boîte jaune qui vous a été remise et de la placer dans la porte du frigo au domicile de la personne (endroit identique pour tous). Deux autocollants ont également été fournis ; l'un sera placé sur la boîte et l'autre sera collé à l'arrière de la porte d'accès du logement indiquant la présence de cette fiche identitaire.

Il est indispensable que les informations fournies soient régulièrement actualisées. Nous vous suggérons la date clé du 1^{er} octobre, Journée Internationale des Aînés.

Renseignez-vous auprès de votre mutuelle, CPAS, ... pour bénéficier d'une aide à domicile ou d'un service de télé-vigilance.



Liste des premières actions à effectuer en cas de disparition:

- S'assurer que la personne a bel et bien quitté le domicile. Vérifier toutes les pièces (même celles fermées à clé), examiner aussi les petits espaces tels que les armoires, toilettes, cave, grenier, ...
- Signaler immédiatement une disparition à la police locale via le numéro d'urgence 101. Rester sur place en attendant l'arrivée de la police.
- Remplir la dernière partie (partie 8) de la fiche identitaire relative à la disparition.
- Remettre la fiche complétée aux services de police.

Numéros importants :

Numéro d'urgence général : 112 (Ambulance / Pompiers)

Police : 101 (24h/24)

ZONE DE POLICE FAGNES : ANTENNE DE SPA 087 / 79 33 33

ANTENNE DE THEUX 087 / 53 92 92

ANTENNE DE JALHAY 087 / 29 29 80



Ce document s'inspire de la fiche identitaire de la ligue Alzheimer et du projet Senior Focus lancé par la Zone de Police Borraine.



Pour toute information complémentaire ou pour obtenir une fiche supplémentaire :

Zone de police Fagnes - Service de Prévention - Avenue Reine Astrid 234 - 4900 SPA 087/79 33 62 ou 65

Site internet : www.policelocale.be/5287