

FICHE N° 01A

FICHE DE RENSEIGNEMENT ABONNE(E)

1/2

NOM : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Ligne téléphonique : Classique Dégroupage partiel Dégroupage total

Type d'habitation : Maison Logement individuel Résidence

N° :Rue.....

Code postal :Ville :

Code d'entrée :.....Bâtiment : Escalier : Etage :Porte : face gauche droite

Autres précisions concernant l'accès : Aisé Difficile Sur rue Sur cour

.....

Date de Naissance :...../...../..... Sexe : F M

Autres personnes vivant au foyer (Préciser nom, prénom, âge, lien de parenté) :

Renseignements Médicaux Abonné(e)

| | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Bonne | Moyenne | Mauvaise | | Bonne | Moyenne | Mauvaise |
| <u>Ouïe</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vue</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Mobilité</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Elocution</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MEDECIN TRAITANT :

Adresse du Cabinet :

Tel du Cabinet : Tel Portable : Tel urgence :

SI HOSPITALISATION :

Etablissement préféré :

Nom, adresse et téléphone :

.....

Je soussigné(e).....bénéficiaire du Service SERENITIS autorise le Service Téléassistance SERENITIS à me faire parvenir les moyens de secours appropriés (Samu, Pompiers, Police, Ambulances ...) surtout en cas d'absence ou de défaillance de mon comité de parrainage (parrains absents ou injoignables).Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés. Je m'engage également à notifier toutes modifications des données me concernant.

A Le/...../..... Signature :

Fiche N° 01B

| | |
|------------------------|------------------------|
| Nom abonné(e) : | Prénom abonné : |
|------------------------|------------------------|

| | |
|---|------------|
| FICHE DE RENSEIGNEMENT ABONNE(E) PERSONNE A PREVENIR | 2/2 |
|---|------------|

| |
|--|
| Personne à prévenir n°1 en cas d'événement (Tuteur, famille, ami, voisin, gardien...) |
|--|

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Téléphone portable1 :Téléphone portable2 :

Distance du domicile en kilomètres :en temps :

| |
|--|
| Personne à prévenir n°2 en cas d'événement (Tuteur, famille, ami, voisin, gardien...) |
|--|

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit (tuteur, famille, ami, voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Téléphone portable1 :Téléphone portable2 :

Distance du domicile en kilomètres :en temps :

| |
|---|
| Personne à prévenir En cas d'événement grave (Hospitalisation, problème médical grave etc....) |
|---|

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit (tuteur, famille, ami, voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

Téléphone domicile :Téléphone travail :

Téléphone portable1 :Téléphone portable2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :

FICHE DE RENSEIGNEMENT MEDICAUX

A faire remplir par le médecin traitant lors d'une prochaine consultation

NOM : Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Situation Familiale : Age

Adresse :

Code Postal : Ville :

Antécédents :

Pathologie prédominante actuelle :

Traitement en cours :

Nature du handicap :

Groupe Sanguin : Allergie :

| | Bonne | Moyenne | Mauvaise | | Bonne | Moyenne | Mauvaise |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <u>Ouïe</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Vue</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Mobilité</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Elocution</u> : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A adresser à :

Service Téléassistance SERENITIS
Hôpital Raymond Poincaré
 A l'attention de Monsieur le Médecin Directeur
 104, bd Raymond Poincaré
 92380 Garches

Médecin traitant
 Signature + Tampon

Nota : cette fiche confidentielle, dont l'utilisation est couverte par le secret médical, est destinée à faciliter l'action des services médicaux d'urgence