



REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES

Le présent formulaire permet à des citoyens de s'inscrire ou d'être inscrit dans un registre. Cette base de données nous aidera à identifier vos besoins lors d'incidents pour une intervention en situation d'urgence.

Une personne vulnérable est :

- un adulte âgé
- à risque en raison d'un problème médical sous-jacent (p. ex. maladie cardiaque, hypertension, diabète, maladies respiratoires chroniques, cancer)
- à risque en raison d'un système immunitaire affaibli à la suite d'un problème santé ou d'un traitement (p. ex. chimiothérapie)

Toute personne qui présente l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- difficulté à lire, à parler, à comprendre ou à communiquer
- difficulté à avoir accès à des soins médicaux ou à des conseils de santé
- difficulté à prendre des mesures de prévention, comme se laver les mains souvent et se couvrir la bouche en cas de toux ou d'éternuement
- besoin de soins médicaux spécialisés constants ou de fournitures médicales précises
- besoin de supervision constante ou d'une aide pour conserver son autonomie
- difficulté à accéder à un moyen de transport
- obstacles économiques
- emploi instable ou conditions de travail peu flexibles
- isolement social ou géographique, par exemple, dans les communautés éloignées et isolées
- conditions de logement peu sûres, inadéquates ou inexistantes

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (personne vulnérable)

Nom de famille :	_____	Prénom :	_____
Adresse du domicile :	_____	Date de naissance :	_____
	_____	Sexe :	_____
Courriel :	_____	No téléphone : Rés. :	_____
		Cell. :	_____
Taille :	_____	Couleur des cheveux :	_____
Poids :	_____	Couleur des yeux :	_____
Langue(s) parlée(s) :	_____		
Conditions de logement :	Seule <input type="checkbox"/>	En couple <input type="checkbox"/>	Avec des membres de la famille <input type="checkbox"/> En résidence <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SUR LE MODE DE TRANSPORT

Comment vous déplacez-vous habituellement? (Veuillez choisir le mode que vous utilisez le plus souvent)

- Je conduis mon propre véhicule
 Quelqu'un me conduit
 Autobus
 Je marche
 Autre : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avez-vous un médecin de famille? Oui Non

Si oui, coordonnées pour le rejoindre?

Nom : _____

Adresse : _____

No téléphone : _____

Pharmacie utilisée pour vos ordonnances :

Nom : _____

Adresse : _____

No téléphone : _____

Liste des médicaments

Nom : _____

Dosage : _____

Nom : _____

Dosage : _____

Nom : _____

Dosage : _____

Nom : _____

Dosage : _____

Nom : _____

Dosage : _____

Veuillez indiquer tout appareil médical utilisé (ex. marchette, canne, pompe à insuline, oxygène, etc.)

Aucun appareil

Maladies physiques ou mentales diagnostiquées :

Aucune maladie

Avez-vous des problèmes de santé qui mettent votre vie en danger?

Oui Non

Si oui, lesquelles :

Allergies?

Oui Non

Si oui, lesquelles :

PRÉCISION SUR LA PERSONNE VUNÉRABLE

Prothèse(s) auditive(s) : À droite <input type="checkbox"/> À gauche <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles de contact <input type="checkbox"/>
Identification que vous portez sur vous-même :	
But ou raison pouvant vous inciter à errer ou à fuir, s'il y a lieu :	
Attractions ou endroits préférés où vous pouvez vous trouver :	
Meilleure façon de vous aborder :	
Avez-vous des besoins particuliers en période de confinement :	
Tout autre renseignement pertinent :	

PERSONNES EN CAS D'URGENCE

Avec qui devrions-nous communiquer en cas d'urgence?			
Nom :	_____	Nom :	_____
Adresse :	_____	Adresse :	_____
No téléphone : Rés. :	_____	No. Téléphone : Rés. :	_____
Cell. :	_____	Cell. :	_____
Lien avec vous :	_____	Lien avec vous :	_____

Remplissez-vous ce formulaire pour une autre personne? Oui Non

Si oui, quelles sont vos coordonnées :			
Nom :	_____	No de téléphone :	_____
Adresse :	_____	Courriel :	_____
Code postal :	_____	Lien avec la	_____
		personne :	_____

Personne vulnérable ou la personne qui a rempli ce questionnaire : Je vous autorise à communiquer les informations aux personnes qui participent au déploiement des mesures de sécurité civile dans la municipalité.

Signature

Confidentialité

Nous vous assurons que nous utiliserons ces données que pour des raisons de sécurité civile.

Coordonnateur des mesures d'urgences
Directeur général / dg@stratford.quebec
418 443-2307 poste 3

