

Registre pour les personnes vulnérables

Veillez remplir le formulaire.

Personne avec handicap / limitation		
Nom	Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Poids	Taille	
Adresse	App.	Ville
Courriel	Téléphone	
Date de naissance	Cellulaire	
Êtes-vous âgé de 70 ans et plus? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays récemment? Oui <input type="checkbox"/> De quelle à quelle date? _____ Non <input type="checkbox"/>	
Langue Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre _____		
De quel type d'handicap ou de limitation êtes-vous affecté? Non voyant <input type="checkbox"/> Malentendant <input type="checkbox"/> Muet <input type="checkbox"/> Santé mentale (spécification pour limiter une situation de crise (difficulté à évacuer, sortir à l'extérieur, peur du bruit, du touché, difficulté d'interaction avec un sexe en particulier, etc...)) <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse <input type="checkbox"/> Si oui, type de transmission (Voie respiratoire, cutanée, oculaire, voie digestive) Maladie dégénérative <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Besoin de présence d'oxygène, Quantité _____, emplacement _____? <input type="checkbox"/> Trouble de l'autisme <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/>		

Allergie(s) : _____

Prenez-vous des médicaments? _____

Autres : _____

Mobilité

Fauteuil roulant

Marchette

Canne/ béquilles

Triporteur

Membre(s) artificiel(s)

Se déplace avec aide sur une courte distance

Se déplace avec aide sur une longue distance

Avez-vous besoin de soutien à la mobilité en cas d'évacuation?

Oui

Non

La résidence est-elle accessible et adaptée pour les fauteuils roulants?

Oui

Non

Est-ce qu'il y a un ascenseur?

Oui

Non

Êtes-vous la personne vulnérable ou son tiers responsable?

Si vous êtes le tiers responsable, veuillez remplir les cases d'identification ci-dessous.

Tiers responsable

Nom

Prénom

Adresse

App.

Ville

Téléphone

Cellulaire

Courriel