



À PROXIMITÉ DE VOTRE DOMICILE



C.L.I.C. DU PÉVÈLE OSTREVENT
2 route d'Orchies
59870 Marchiennes

Tél. 03 27 98 74 70
Fax 03 27 90 16 83
Contact : clic.peveleostrevent@orange.fr

C.L.I.C. DES TROIS RIVIÈRES
44 rue Faidherbe
59167 Lallaing

Tél. 03 27 80 94 53
Fax 03 27 99 76 09
Contact : clictroisrivers@orange.fr

C.L.I.C. DU VAL DE SENSÉE
13 rue du centre,
Béguinage les Nymphéas, Appt. 101
59151 Arleux

Tél. 03 27 92 87 45
Fax 03 27 89 59 09
Contact : clic.valdelasensee@orange.fr

Agence Linéol - 03 20 41 40 76



Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique de l'arrondissement de Douai



Dossier personnel de

Nom :

Prénom :



Fiche sécurité Santé

SMUR 15

POMPIERS 18

Cette fiche a pour objectif d'améliorer vos conditions de prise en charge. Elle est à remplir par vous même, votre médecin traitant, les référents familiaux et les intervenants à domicile pour les parties qui les concernent. En cas d'hospitalisation, elle est à emporter avec vous, sans oublier de la reprendre à votre sortie.

Nom de jeune fille : _____ Nom marital : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

téléphone : _____

Situation familiale : _____

Condition de vie : Seul Avec entourage Autre (à préciser)

Numéro de sécurité sociale : _____

Organisme de Sécurité Sociale :

100 % affection de longue durée : Oui Non

Mutuelle : Oui Non

Laquelle :

A.C.T.P./ Prestation de Compensation du Handicap A.P.A. Aide ménagère

Suivi médical

Nom de votre médecin traitant : _____

Mes médicaments sont rangés (ex : cuisine, amoire...) : _____ Si je dois être hospitalisé, je souhaite me rendre à : _____

Mon dossier médical se trouve : _____

Allergies et intolérances à spécifier

Oui Lesquelles : _____

Non _____

Mesure de protection juridique

Oui Non Type : Curatel Tutelle

Coordonnées de l'organisme ou du mandataire familiale : _____

Fiche sécurité Santé

Personnes référentes et à joindre en cas d'urgence

Nom/prénom	Lien de parenté	Lieu de résidence	Téléphone

Intervenants médico-sociaux

Nom de votre pharmacien : _____ Téléphone : _____

Son adresse : _____

Vos auxiliaires médicaux (noms et adresses) : _____ Fonction _____ Fréquence d'intervention _____ Téléphone _____

Ssiad, Kiné, Infirmière, pédicure, orthophoniste...	Fonction	Fréquence d'intervention	Téléphone

Votre service d'aide à domicile (noms et adresses) :	Fréquence d'intervention	Téléphone

Votre service social (nom et adresse) : _____ Téléphone : _____

Habitudes de vie

Régime alimentaire :

Oui Non Lequel : _____

Jours de sortie (club, coiffeur, etc...) :

Aides techniques

Verres correcteurs Appareil dentaire Appareil auditif Canne Déambulateur
 Orthèses Fauteuil roulant Chaise percée Lève malade Lit médicalisé
 Téléalarme Portage de repas Autres (à préciser)

Avez-vous un pace maker : Oui Non