

Cette fiche signalétique vise à recueillir, de manière préventive, toutes les informations nécessaires pour retrouver une personne vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNC-M), ou qui en présente les symptômes, en cas de disparition. Elle pourra être partagée avec les corps de police, le cas échéant. Afin de maximiser l'utilité de cette fiche, une mise à jour des informations qu'elle contient devrait être effectuée lors d'un changement majeur ou tous les 12 mois.

1. PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE DISPARITION

| | Personne 1 | Personne 2 |
|-----------------------|------------|------------|
| Prénom et nom | | |
| Adresse | | |
| N° de téléphone | | |
| N° de cellulaire | | |
| Lien avec la personne | | |

2. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA PERSONNE VIVANT AVEC UN TNC-M

| IDENTIFICATION | | Photo récente |
|--|---|---------------|
| Prénom et nom | | |
| Date de naissance (aaaa-mm-jj) | | |
| DESCRIPTION PHYSIQUE | | |
| Sexe | | |
| Taille | | |
| Poids | | |
| Origine ethnique ou culturelle | | |
| Couleur et description des cheveux | | |
| Couleur des yeux | | |
| Port de lunettes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Description : _____ | |
| Port d'appareils auditifs | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Langue(s) parlée(s) | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) Préciser : _____ | |
| Caractéristique(s) physique(s) particulière(s) (ex. tatouages, cicatrices, démarche, etc.) : | | |

| ADRESSE ACTUELLE | |
|---|--|
| N° d'immeuble, rue, ville, code postal | |
| N° de téléphone | |
| N° de cellulaire et fournisseur | |
| Nom de la résidence (si applicable) | |
| Date d'emménagement | |
| La personne vit-elle seule? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser avec qui : |
| La personne porte-t-elle un dispositif de localisation? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

| ANCIENNE(S) ADRESSE(S) (numéro d'immeuble, rue, ville, code postal) |
|---|
| 1. |
| 2. |
| 3. |

| LIEUX SIGNIFICATIFS PRÉSENTS ET PASSÉS (église, cimetière, ancien travail, résidence des enfants, etc.) | |
|---|---------|
| Nom ou type de lieu | Adresse |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |

| IDÉES RÉCURRENTES, FIXATIONS (ex. trains, cours d'eau, ponts, etc.) |
|---|
| |

| |
|--|
| CRAINTES UTILES AUX PREMIERS INTERVENANTS (ex. bruits forts, uniformes, etc.) |
| |

| ANTÉCÉDENTS DE DISPARITION | | |
|----------------------------|--|---------------|
| Date | Lieu où la personne a été retrouvée (nom et adresse) | Circonstances |
| | | |
| | | |
| | | |

| INFORMATIONS MÉDICALES | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Trouble TNC-M diagnostiqué | <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Maladie à corps de Lewy <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____ | |
| Symptôme(s) de TNC-M | <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Sautes d'humeur | <input type="checkbox"/> Apathie <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Autre(s) Préciser : _____ |
| Limitation(s) connue(s) | <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution, trouble du langage <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire <input type="checkbox"/> Trouble de l'orientation <input type="checkbox"/> Problème auditif <input type="checkbox"/> Problème visuel | <input type="checkbox"/> Mobilité réduite (aide à la marche) <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ Commentaires, précisions : _____ |
| Prise de médicaments | Prise de médicaments indispensables? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Si oui, pour quelle(s) maladie(s)? : _____ | |
| Médecin de famille ou traitant | Nom : _____ N° de téléphone : _____ | |

3. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

| Moyen de transport habituel | | | |
|---|--|-----------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> À pied <input type="checkbox"/> Transports en commun <input type="checkbox"/> Triporteur : Indiquez modèle et couleur : _____ Élément distinctif : _____ <input type="checkbox"/> Voiture : Indiquez modèle, année, couleur et immatriculation : _____ | | | |
| Cartes de débit ou de crédit utilisées | | | |
| Institutions | <input type="checkbox"/> Desjardins <input type="checkbox"/> BNC <input type="checkbox"/> Tangerine <input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> BMO <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |
| Réseaux sociaux utilisés et identifiants | | | |
| | | | |
| Personne(s) significative(s) | | | |
| Nom et prénom | Lien avec la personne | N° de téléphone | N° de cellulaire |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| Activités et intérêts | | | |
| Objets pouvant attirer l'attention de la personne ou susciter son intérêt | | | |
| Passe-temps, passions (actuels et passés) | | | |
| Dépendance (drogue, jeu, etc.) | | | |

4. CONSENTEMENT DE LA PERSONNE REMPLISSANT LE FORMULAIRE

| | |
|---|---|
| Je consens à ce que cette fiche et les informations pertinentes à la localisation de la personne identifiée soient partagées avec les médias et que la disparition de la personne identifiée soit médiatisée (télévision, radio, journaux, Internet, etc.). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Signature : _____ Date : _____ | |