

# HÉRON

## *prend soin de vous!*

### LA BOITE JAUNE : LE CONCEPT

Originaire du Canada, le concept de la «boîte jaune» permet de favoriser la sécurité des aînés à domicile. La boîte jaune permet aussi aux services de secours de gagner un temps précieux en cas d'accident ou de disparition !

Le kit « boîte jaune » est composé d'une boîte de couleur jaune fluo, bien visible, à placer dans le frigo, d'un autocollant à apposer sur le frigo ou derrière la porte d'entrée, d'une fiche comprenant les informations médicales (traitement en cours, allergies éventuelles...) et à compléter avec l'aide de son médecin traitant et une fiche de disparition qui reprend des éléments d'identification de la personne.

- Nous vous conseillons d'en donner un exemplaire à chaque personne proche (aux enfants par exemple) ainsi qu'au service d'aide et soins (ou, du moins, les informer de l'existence de la fiche et de l'endroit où celle-ci se trouve).
- Veillez à remettre à jour au moins une fois par an les fiches (nous vous suggérons la date du 1er octobre, Journée internationale des Aînés). Assurez-vous de rendre une copie de l'exemplaire actualisé à chaque personne qui en disposait précédemment.

### LA FICHE SUIVI MEDICAL

En cas de malaise, cette fiche contient les informations nécessaires aux services d'urgence médicale afin d'entreprendre les démarches pour aider/intervenir auprès de toute personne âgée victime d'accident domestique.

L'exactitude des informations rédigée est primordiale. La validation de cette fiche par votre médecin traitant est indispensable.

### LA FICHE DISPARITION

En cas de disparition, l'apparence, les signes distinctifs, les habitudes... sont des éléments capitaux à connaître afin de vous retrouver rapidement. Plus les informations seront détaillées, plus les services de secours pourront réaliser efficacement leur travail.

La fiche spécifique est exclusivement complétée lors du constat de disparition.

Lieu d'emplacement des fiches :

**Dans la boîte au frigo**

Numéros importants :

**Police : 101 – Ambulance/Pompiers : 112**



## Numéros d'urgence

# Fiche de suivi médical

(pour tous)

# 112

**Ambulances  
Pompiers**

# 101

**Police**

1. Remplissez le formulaire avec l'aide de votre médecin traitant.
2. Déposez-le avec les autres documents dans une boîte jaune.
3. Placez cette boîte jaune dans la porte de votre frigo.
4. Mettez ces données à jour annuellement.
5. Ces données pourraient aider les services de secours en cas d'intervention.

Nom :

Prénom :

Surnom :

Adresse :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

GSM :

Homme  Femme

Nationalité :

Numéro de registre national :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

Collez ici une vignette mutuelle

Photo récente

### Annexes éventuelles :

- Déclaration de don d'organes
- Déclaration de refus anticipé (exemple : non réanimation)
- Autre :

### 1. Coordonnées utiles :

Fonction	Nom	Numéro de téléphone
Personne de contact		
Médecin traitant		
Pharmacien		
Infirmier (éventuel)		
Kiné (éventuel)		
Autre(s) :		

**Ne renseignez que les éléments médicaux utiles et pertinents en cas d'intervention des services d'urgences**

### 2. Aptitudes habituelles :

Thèmes	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Orientation dans l'espace et le temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilité générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouïe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à comprendre et à s'exprimer en français	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre(s) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Maladies connues :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Médicaments habituels :**

**Attention ! Ne mettez pas de médicaments dans la boîte.**

Joignez si possible le «schéma thérapeutique» daté et délivré par votre pharmacien ou votre médecin.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Allergies médicamenteuses :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Commentaires :**

Inscrivez ici ce que vous pensez devoir communiquer de vous (exemples : peurs, présences d'animaux de compagnie,...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## AIDANT-PROCHE

À compléter si vous êtes la personne décrite dans la fiche et que vous êtes l'aidant-proche de quelqu'un d'autre (y compris de votre époux(se) ou cohabitant(e) si celui(elle)-ci ne peut se débrouiller sans votre assistance).

« aidant proche » de :

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Localité :

### Zone à faire remplir par votre médecin traitant

Pour plus d'efficacité, nous vous conseillons de faire valider cette fiche par votre médecin traitant.

Revu par Dr

Signature :

Date :

### Pensez à mettre régulièrement à jour les données du formulaire

Date de la dernière mise à jour du document :



**Merci aux intervenants  
de laisser cette boîte à  
domicile**

#### Remarque importante :

En aucun cas la responsabilité des intervenants des services d'urgence ne peut être engagée au cas où cette fiche n'aurait pas été consultée lors de l'intervention.