



# 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 : clictroisrivieres@orange.fr

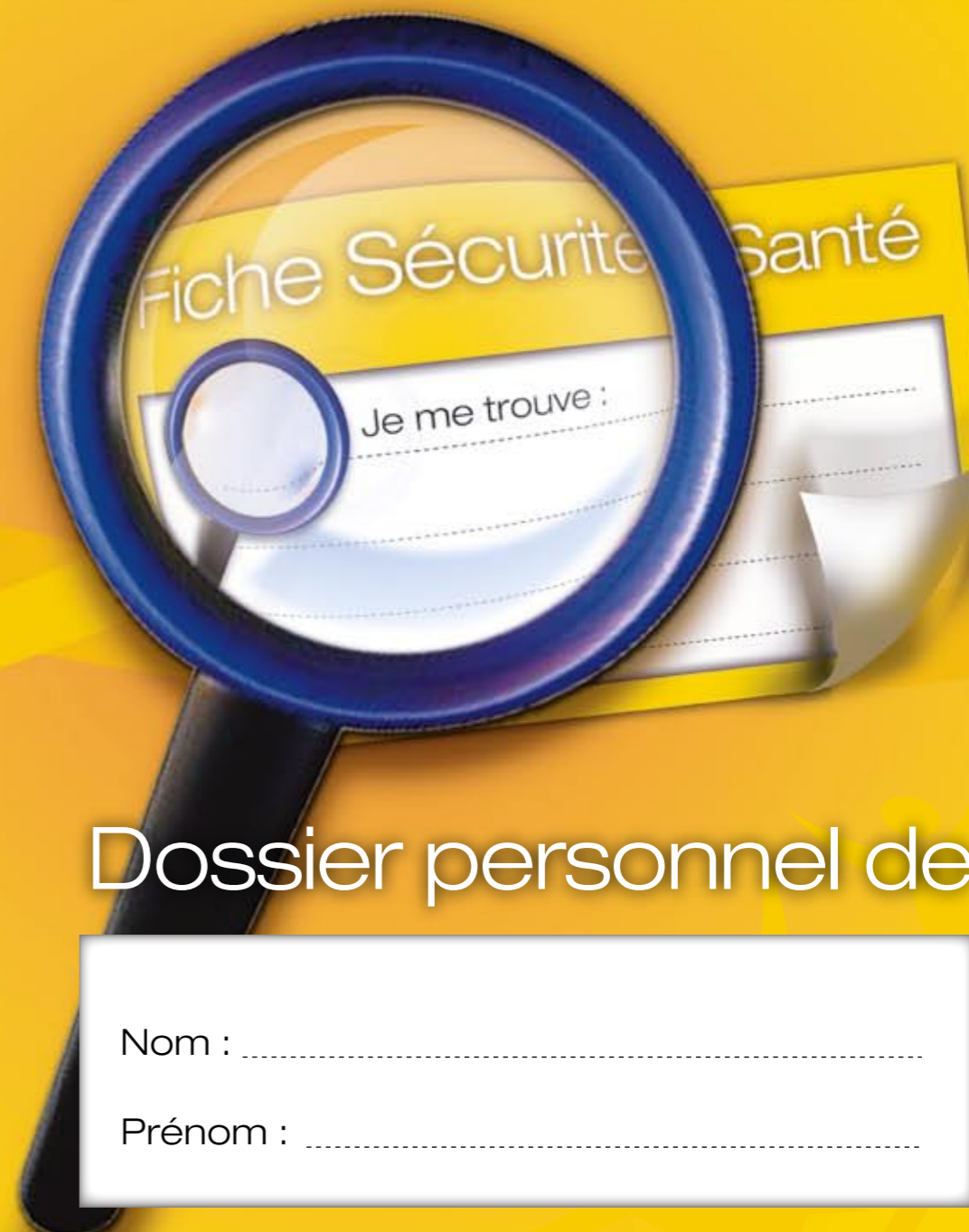
**C.L.I.C. DU VAL DE LA SENSÉE**  
Mairie Annexe 1A Avenue de la Gare  
59151 Arleux

Tél. **03 27 92 87 45**  
Fax 03 27 97 21 89  
Contact : clicvaldelasensee@orange.fr

[www.clic-douaisis.fr](http://www.clic-douaisis.fr)



## Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique de l'arrondissement de Douai Fiche Sécurité Santé



### 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, armoire...) :

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 :  Curatelle  Tutelle

Coordonnées de l'organisme ou du mandataire familial :

Document réalisé par les services sociaux de la CARSAT Nord Picardie, la CARMi NORD PAS DE CALAIS, les SSIAD, les SAD et les CLIC de l'arrondissement de DOUAI, et avec le soutien du conseil départemental du Nord de l'ordre des médecins.

# Fiche Sécurité Santé

## Personnes référentes 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) :  
Ssiad, Kiné, Infirmière, Pédicure, Orthophoniste...

Fonction

Fréquence  
d'intervention

Téléphone

Votre service d'aide à domicile (nom et adresse) :

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

Document réalisé par les services sociaux de la CARSAT Nord Picardie, la CARMi NORD PAS DE CALAIS, les SSIAD, les SAD et les CLIC de l'arrondissement de DOUAI, et avec le soutien du conseil départemental du Nord de l'ordre des médecins.