

FICHE D'AIDE A LA DESCRIPTION DE L'ETAT D'UNE PERSONNE RECHERCHEE

Service de Sécurité Incendie : courriel :
 FAX : "

TEL : "

| | | |
|---|---|---|
| NOM ET N° DE TELEPHONE DU SERVICE D'HOSPITALISATION : DATE ET HEURE : | TAILLE | |
| | CORPULENCE | <input type="checkbox"/> Mince <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Forte |
| ETAT CIVIL DE LA PERSONNE DISPARUE NOM : Prénom : Nom de jeune de fille : Age : Né(e) le : Lieu : Sexe : Nationalité : Adresse (lieu de résidence) : | TYPE | <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Méditerranéen <input type="checkbox"/> Africain |
| | COULEUR ET ASPECT DES CHEVEUX | <input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Court <input type="checkbox"/> Frisé <input type="checkbox"/> Chauve <input type="checkbox"/> Rasé <input type="checkbox"/> Blonds <input type="checkbox"/> Bruns <input type="checkbox"/> Roux <input type="checkbox"/> Châtains <input type="checkbox"/> Blancs |
| | COULEUR DES YEUX | <input type="checkbox"/> Bleus <input type="checkbox"/> Marrons <input type="checkbox"/> Verts |
| | TENUE VESTIMENTAIRE | Haut : Bas : |
| | TYPE ET COULEUR | Type de chaussures : |
| ETAT DE SANTE DU PATIENT | <input type="checkbox"/> Etat confusionnel <input type="checkbox"/> Risque de malaise <input type="checkbox"/> Amnésique <input type="checkbox"/> Risques d'agressivité <input type="checkbox"/> Contagieux : quelles sont les mesures de protections à prendre pour les personnes chargées | |

| | | |
|----------------------------------|---------------------|---|
| N° de téléphone du domicile : | | des recherches ? <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> gants <input type="checkbox"/> Autres symptômes : |
| N° de la personne à prévenir : | SIGNES PARTICULIERS | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Lunettes : <input type="checkbox"/> Tatouage/Piercing <input type="checkbox"/> Surdité : <input type="checkbox"/> Cicatrices/Marques cutanées <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Handicap physique <input type="checkbox"/> Accent/Bégaiement <input type="checkbox"/> Barbe/moustache/collier |
| Renseignements complémentaires : | | |