

# PROJET D'INTERVENTION EN MESURES D'URGENCE AUTRES DES PERSONNES HANDICAPÉES VULNÉRABLES



[Imprimer le formulaire](#)

Le Conseil municipal de la Ville de Saguenay a accepté de mettre de l'avant un programme d'intervention d'urgence auprès des personnes handicapées vulnérables.

L'objectif de ce programme est de pouvoir intervenir correctement et sécuritairement auprès de ces personnes lorsqu'il y a situation d'urgence telle qu'un incendie ou autre.

Ainsi, les premiers intervenants sur place seront en mesure d'identifier avant leur arrivée, s'il y a des personnes qui nécessitent une aide particulière et de quelle façon l'intervention doit se faire.

Mais avant, la Ville de Saguenay, secondée de plusieurs intervenants du milieu, doit procéder à l'identification de ces personnes. Le formulaire joint, nous aidera à procéder de façon sécuritaire et CONFIDENTIELLE lors de toute situation d'urgence.

## COMMENT PROCÉDER POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

- Vous pouvez remplir directement les cases et lorsque terminé, imprimer le document et le transmettre à la Ville de Saguenay par l'un ou l'autre des moyens suivants.

Attention : vous ne pouvez pas sauvegarder le formulaire rempli sur votre poste.

[Imprimer le formulaire](#)

- Imprimer le document, le remplir avec plume ou crayon et le transmettre à la Ville de Saguenay par l'un ou l'autre des moyens suivants :
  - Par télécopieur au numéro : **698-3389**
  - Par courrier à l'adresse suivante :

**Intervention auprès des personnes handicapées vulnérables**  
Capitaine Michel Houde, policier – officier des mesures d'urgence  
Service de sécurité incendie de la Ville de Saguenay  
444, boul. Université Est  
Chicoutimi (Québec)  
G7H 6X3

- Sur place : vous présenter sur les heures de bureau (8h à 12h et 13h à 16h30) à l'adresse suivante :  
**444, boul. Université Est, Chicoutimi**

**Utilisez l'entrée à l'arrière (deuxième étage) et remettre à l'attention de M. Michel Houde.**

SOYEZ ASSURÉ QUE TOUS LES FORMULAIRES SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT ET NE SERVIRONT À  
AUCUNE AUTRE FIN QUE CELLE PRÉVUE.

POUR INFORMATION : **698-3380** poste **4511**

Merci de votre collaboration.

# PROJET D'INTERVENTION EN MESURES D'URGENCE AUTRES DES PERSONNES HANDICAPÉES VULNÉRABLES

## Formulaire d'inscription volontaire Personne handicapée vulnérable en cas de sinistre

**CONFIDENTIEL**

### Identification de la personne handicapée

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Année Mois Jour

No Apart : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom de la résidence ou de l'institution, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone rés. : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_

Téléavert. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

No assurance maladie : \_\_\_\_\_

Habitez-vous seul(e) :  OUI  NON, précisez avec qui : \_\_\_\_\_  
(père, mère, conjoint(e), frère, sœur etc.)

### Identification du (de la) représentant(e) de la personne handicapée

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléavertisseur : \_\_\_\_\_

No. Apart : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne pour qui est faite cette demande :

père /mère  conjoint(e)  tuteur(trice) Autre : \_\_\_\_\_

### Identification de la déficience (motrice, intellectuelle, visuelle, auditive, psychique, etc.)

Nommer la (les) déficience(s) (si vous la (les) connaissez)

Motrice  Organique

Intellectuelle  Psychique

Sensorielles, précisez :  Visuelle  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Auditive

Parole et langage

**Identification de la déficience (motrice, intellectuelle, visuelle, auditive, psychique, etc.) SUITE**

---

Diagnostic : (à titre d'exemple)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alzheimer             | <input type="checkbox"/> poliomyélite             |
| <input type="checkbox"/> autisme               | <input type="checkbox"/> sclérose en plaques      |
| <input type="checkbox"/> dystrophie musculaire | <input type="checkbox"/> schizophrénie            |
| <input type="checkbox"/> fibromyalgie          | <input type="checkbox"/> traumatisme crânien      |
| <input type="checkbox"/> fibrose kystique      | <input type="checkbox"/> trisomie                 |
| <input type="checkbox"/> parkinson             | <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ |

Impacts : (en situation d'urgence)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> besoin d'un accompagnateur            | <input type="checkbox"/> problèmes de comportement         |
| <input type="checkbox"/> réaction inappropriée                 | <input type="checkbox"/> problèmes d'accès aux lieux       |
| <input type="checkbox"/> problèmes de résistance à l'effort    | <input type="checkbox"/> problèmes liés à la communication |
| <input type="checkbox"/> problèmes d'orientation; espace/temps | <input type="checkbox"/> problèmes de mobilité             |

---

**Utilisez-vous des aides techniques, prothèses, orthèse ou tout autre moyen pour pallier votre (vos) déficience(s) et vous permettre d'accomplir des activités de la vie quotidienne ?**

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> béquille                                  | <input type="checkbox"/> appareil respiratoire   |
| <input type="checkbox"/> canne                                     | <input type="checkbox"/> insuline et seringue    |
| <input type="checkbox"/> chien guide ou d'utilité reconnu par Mira | <input type="checkbox"/> médication              |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant/manuel                   | <input type="checkbox"/> prothèse/orthèse        |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant/motorisé                 | <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> déambulateur                              |  |

---

**En cas de situation d'urgence (feu, conflagration, verglas, etc.) nécessitant un hébergement temporaire dans un établissement, quels sont vos besoins particuliers ?**

---

Identification des besoins d'aide pour :

	OUI	NON	Commentaires
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utiliser des produits d'incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Recevoir une nourriture spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Effectuer ses soins quotidiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Effectuer ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Faire sa toilette quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
S'orienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prendre sa médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utiliser le transport (adapté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

---

## Soutien à domicile

Recevez-vous des services du CSSS, ou d'un autre établissement ?

NON  OUI, précisez l'établissement \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relocalisation vers une autre habitation \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lors d'un sinistre, si la situation nécessite une relocalisation temporaire vers une autre habitation, disposeriez-vous d'un endroit adéquat pour vous héberger ?

NON  OUI, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Parent ou ami à contacter (s'il y a lieu)

Nom :	_____	Nom :	_____
Adresse :	_____	Adresse :	_____
	_____		_____
Téléphone résidence :	_____	Téléphone résidence :	_____
Travail :	_____ # _____	Travail :	_____ # _____

Afin de se conformer à la loi d'accès à l'information, il va de soi que la décision de remplir ce formulaire et de s'inscrire sur la liste doit être prise de façon tout à fait volontaire par la personne concernée ou, le cas échéant, par son répondant.

J'autorise l'organisme ci-après nommé \_\_\_\_\_

À communiquer à la Ville de Saguenay les informations contenues dans ce formulaire d'inscription, dans le but de constituer une liste de personnes handicapées nécessitant des mesures d'aide particulières en situation d'urgence. Cette autorisation pourra être révoquée en tout temps par le signataire.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne handicapée ou de son  
représentant(e)

\_\_\_\_\_  
Date

## SECTION RÉSERVÉE À L'INTERVENANT

### Recommandation

- ROUGE La personne exige de l'aide et des mesures spéciales en cas d'évacuation.  
(La personne est très vulnérable).
- JAUNE La personne peut se déplacer avec de l'aide en cas d'évacuation.  
(La personne est vulnérable).
- VERT La personne peut se déplacer sans aide en cas d'évacuation.  
(La personne est peu vulnérable).

Identification : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Organisation : \_\_\_\_\_  
Mise à jour (date) : \_\_\_\_\_