



Registre du Rhode Island des Besoins Spéciaux en cas d'Urgence

Habitants de Rhode Island ayant un handicap, une maladie chronique ou des besoins médicaux spéciaux



Le Département de la Santé du Rhode Island (HEALTH) et l'Agence de Gestion des Urgences du Rhode Island (RIEMA) ont créé un registre pour les **habitants de Rhode Island ayant un handicap, une maladie chronique ou des besoins médicaux spéciaux**. En remplissant ce formulaire, vous permettez au RIEMA et au HEALTH de transmettre ces informations aux équipes de secours d'urgence locales et fédérales, telles que la police ou les pompiers de votre localité. Les informations que vous fournissez peuvent permettre aux équipes de secours de répondre à vos besoins en cas d'urgence.

Consignes : Pour figurer dans ce registre, merci de remplir un formulaire, de le signer, et de l'envoyer à **RIEMA, Database Manager, 645 New London Avenue, Cranston, RI 02920** OU de vous inscrire en ligne sur www.health.ri.gov/emregistry. En cas de questions, veuillez appeler le (401) 946-9996 (opérateur) ou le RI Relay 711 (Télex). Si vous ne pouvez pas remplir vous-même ce formulaire, faites-vous aider par un membre de votre famille, un aide-soignant, ou une autre personne vous représentant.

- Nouvelle inscription Mise à jour d'inscription

Informations Générales (Les champs marqués d'une astérisque (*) sont obligatoires)

NOM* (Nom de famille, Prénoms): _____ SEXE: M F DATE DE NAISSANCE: _____
ADRESSE*: _____ APPARTEMENT/BÂTIMENT. ou ÉTAGE: _____
LOCALITÉ*: _____ CODE POSTAL*: _____
TÉLÉPHONE/FAX*: _____ PORTABLE: _____ E-MAIL: _____

Mobilité

Êtes-vous alité ? Oui Non
Pouvez-vous marcher sans assistance ? Oui Non
De quoi avez-vous besoin ? (Cochez les cases appropriées)
 Fauteuil roulant/Véhicule de transport
 Déambulateur/Canne Prothèse : _____
 Béquilles Autre : _____
 Animal d'assistance Aucun de ces choix

Équipements d'Assistance Vitale

De quoi avez-vous besoin ? (Cochez les cases appropriées)
 Oxygène : Réservoir Concentrateur
 Respirateur/Ventilateur: Batterie de secours ?
 Dialyse: En clinique À domicile
 Électrique: Stimulateur Cardiaque Défibrillateur
Êtes-vous diabétique ? Oui Non
Insulino-dépendant ? Oui Non
 Autre: _____ Aucun de ces choix

Vision, Audition, Élocution et Autres Déficiences

Quelle est votre déficience ? (Cochez les cases appropriées)
 Vision réduite Élocution réduite
 Aveugle Muet
 Malentendant Troubles cognitifs ou du développement
 Prothèses auditives développement
 Sourd Syndrome Épileptique
 Aucun de ces choix Autre : _____

Langue

Dans quelle langue préférez-vous recevoir des informations ou une assistance d'urgence ?
 Anglais Espagnol Français Portugais
 Mandarin Cantonais Russe Krahn
 Khmer Persan Laotien
 Créole du Cap-Vert Autre : _____

Groupe Ethnique/Origine (Informations collectées pour faciliter nos efforts de sensibilisation et de formation. Cochez les cases)

GROUPE ETHNIQUE : Vous considérez-vous Hispanique ou Latino-américain ? Oui Non
ORIGINE : Blanc Afro-américain/Noir Asiatique Indien d'Amérique/Originnaire d'Alaska
 Originnaire d'Hawaï/des îles du Pacifique Autre : _____

NOTE: En signant et en retournant ce formulaire à RIEMA/HEALTH, j'autorise le partage de mes informations avec les équipes de secours locales et fédérales. Je comprends que, bien que RIEMA/HEALTH partagera ces informations pour faciliter ma prise en charge en cas d'urgence, une assistance ne peut être garantie en toutes circonstances. Je comprends également que ceci est un programme volontaire.

Signature : _____ Nom : _____
Date : _____ Indiquez votre lien au demandeur si vous écrivez en son nom : _____