



COMMUNE :

REFERENT.E :

N° TEL. :

DIRECTIVES AUX PERSONNES (REFERENT.E.S) SE RENDANT AU DOMICILE

En prévision de la période de veille canicule, les communes vaudoises sont invitées à mettre en place un système de visiteurs communautaires dont le but est de constituer une première ligne de prévention des conséquences de la chaleur sur la santé. Il s'agit également de détecter les premiers symptômes avant qu'ils ne nécessitent une prise en charge médicale.

L'ABC DU VISITEUR

- A. Avant la visite : appeler la personne pour l'informer de la visite
 - B. En prévision de la visite : se prémunir d'un thermomètre pour la mesure de la chaleur dans le logement
 - C. A l'arrivée : préciser son identité, montrer son badge et expliquer l'objectif de la visite
- Si la personne est absente, glisser un flyer « Des solutions pour vous protéger en cas de fortes chaleurs » indiquant l'avis de passage et en sollicitant la personne à prendre contact avec le référent pour lui donner de ses nouvelles et convenir, si souhaité, d'une visite ultérieure.

PERSONNE VISITEE

Sexe : Homme Femme

Nom : Prénom :

Adresse (Rue, NPA, Localité) :

Date de naissance :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Personne de confiance et n° tél.:

POINTS A VERIFIER

1. Êtes-vous en contact régulier avec vos proches ou vos voisins (1x/jour) ?	Oui	Non
2. Pensez-vous à protéger votre logement de la chaleur (rideaux, volets fermés, stores baissés, parasols, etc.) ?	Oui	Non
3. Quelle température fait-il dans le logement ?		degrés °C
4. Votre réfrigérateur est-il en bon état de marche ?	Oui	Non
5. Buvez-vous 1.5 l d'eau par jour ou la quantité conseillée par votre médecin ?	Oui	Non
6. Portez-vous des habits légers ?	Oui	Non
7. Connaissez-vous les mesures de prévention en cas de fortes chaleurs ? En particulier les techniques de rafraîchissement ?	Oui	Non
8. Avez-vous mis les coordonnées téléphoniques de votre médecin traitant et de la Centrale des médecins 0848 133 133 près du téléphone?	Oui	Non

SI NON A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS

- Faire le nécessaire avec la personne pour tenter de corriger la situation. Inscrire les actions entreprises, ou à entreprendre, dans le journal de visite à la page 3 de ce formulaire.

INDEPENDEMMENT DES REPONSES FOURNIES A CES QUESTIONS :

- Répéter les consignes de protection de la chaleur et de la santé : passer en revue les flyers « Des solutions pour vous protéger en cas de fortes chaleurs » et « Des solutions pour vous rafraîchir »
- Demander à la personne si elle prend des médicaments et, le cas échéant, si elle a parlé avec son médecin ou pharmacien.ne des interactions possibles avec la chaleur.
- Recommander à la personne de donner de ses nouvelles par téléphone au moins une fois par jour à son entourage familial si existant (ou à la personne de confiance indiquée à la page 1)

SIGNAUX D'ALERTE

9. Depuis le début des fortes chaleurs, avez-vous :

a. des vertiges, évanouissements ?	Oui	Non
b. des nausées, vomissements ?	Oui	Non
c. une sensation de fatigue, faiblesse inhabituelle ?	Oui	Non
d. des maux de têtes ?	Oui	Non
e. des courbatures, crampes ?	Oui	Non
f. une respiration, des battements cardiaques rapides ?	Oui	Non
g. de la fièvre ?	Oui	Non
h. une soif extrême ?	Oui	Non
i. une urine de couleur foncée ou absente ?	Oui	Non
10. La personne semble-t-elle avoir des propos confus, incohérents ?	Oui	Non

SI OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS OU EN CAS DE DOUTES

- Appeler le médecin traitant ou la Centrale des médecins au 0848 133 133
- Le coup de chaleur est une urgence vitale. Appeler le 144, en présence de signaux supplémentaires suivants :
 - Température corporelle > 40°C
 - État confusionnel, inconscience
 - Peau sèche, absence de transpiration

EN ATTENDANT LES SECOURS

- Appliquer de l'eau froide sur tout le corps
- Éventer la personne autant que possible
- Déplacer la personne vers un endroit frais
- Si la personne est consciente : lui donner à boire de l'eau fraîche
- À EVITER : anti-douleurs et anti-inflammatoires car inefficaces
- ATTENTION : si la personne perd connaissance, la mettre en position latérale de sécurité

JOURNAL DES VISITES

Date	Référent.e	Action (tél./visite/autre)	Remarque / suivi / anomalie·s constatée·s (préciser le n° de la question à laquelle la remarque se réfère)	Visite·s ultérieure·s souhaitée·s ? (cocher ce qui convient)
				Oui - à domicile - par tél. - heure de préférence : Non Absences planifiées :
				Oui - à domicile - par tél. - heure de préférence : Non Absences planifiées :
				Oui - à domicile - par tél. - heure de préférence : Non Absences planifiées :
				Oui - à domicile - par tél. - heure de préférence : Non Absences planifiées :
				Oui - à domicile - par tél. - heure de préférence : Non Absences planifiées :