



# IL VOSTRO REDIPLAN

Il RediPlan di \_\_\_\_\_

## LE MIE INFORMAZIONI DI EMERGENZA

Nome del membro della famiglia	Numero Medicare	Numero Centrelink	Numero del passaporto	Numero della tessera fiscale	Numero della patente di guida	Immatricolazione dell'auto

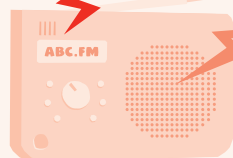
## NUMERI IMPORTANTI

	Nome	Relazione	Telefono	Indirizzo
Membro della rete di sostegno				
Membro della rete di sostegno				
Membro della rete di sostegno				
Contatto fuori città n.1				
Contatto fuori città n.2				
Altro:				

## SERVIZI IMPORTANTI

	Azienda/Compagnia	Numero cliente	Contatti
Elettricità			
Gas			
Acqua			
Internet			
Telefono			
Assistenza stradale			
Altro:			

abc.net.au



LA FREQUENZA ABC LOCALE:

IL LUOGO D'INCONTRO CONCORDATO:

## IL LUOGO ALTERNATIVO IN CASO DI EMERGENZA

Nome	Telefono	Indirizzo



Si veda il Punto 2 per ulteriori informazioni su come rimanere in contatto durante un'emergenza, compresa l'identificazione di un contatto fuori città, un luogo di incontro concordato e un luogo alternativo in cui soggiornare in caso di emergenza.

## IL MIO PIANO MEDICO

Assistenza medica	Nome	Telefono	Contatti fuori orario	Indirizzo
Medico				
Ospedale locale con pronto soccorso 24 ore su 24				
Farmacista				
Optometrista				
Dentista				
Altro:				

## DISTURBI MEDICI

	S	N	Cosa fare durante e dopo un'emergenza
Malattie cardiache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emicrania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemi alla tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Prendete in considerazione l'idea di dotarvi di un sistema di allarme medico che possa facilmente avvertire i soccorsi se siete immobilizzati in caso di emergenza. La maggior parte dei sistemi di allerta richiede una linea telefonica funzionante, quindi è bene avere un piano di riserva, come un telefono cellulare o un cercapersone, in caso di interruzione della linea telefonica fissa.



## Farmaci in uso

Scrivete qui di seguito tutti i farmaci che state assumendo.

Ricordate di allegare a questo piano le copie delle tessere sociali, delle tessere di assicurazione sanitaria e delle prescrizioni mediche.

Inoltre, è consigliabile specificare dove tenete i farmaci in casa, nel caso in cui dobbiate evacuare rapidamente o qualcuno debba prenderli per voi.

## FARMACI IN USO

Disturbo medico	Farmaco	Dosaggio	Orario di assunzione	Medico di riferimento (includere i contatti)	Dove conservate farmaco in casa

## DISPOSITIVI MEDICI

	S	N	Dettagli	Piano di gestione dei dispositivi in caso di emergenza
Utilizzate qualche dispositivo medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Modello e numeri di serie dei dispositivi medici				
Allergie e/o intolleranze (alimentari, farmaci, ecc.)				
Gruppo sanguigno				



Fate in modo di avere con voi tutto ciò che vi serve per una o due settimane. Includete i farmaci che assumete regolarmente o le attrezzature specialistiche (sedia a rotelle, occhiali, apparecchi acustici) e le parti di ricambio (kit di riparazione per le gomme della sedia a rotelle o batterie supplementari). Si veda il Punto 4 per maggiori informazioni sulla preparazione di un kit di sopravvivenza e recupero.

## DISABILITÀ

	Si	Come la mia disabilità potrebbe influire sulla mia capacità di rispondere a un'emergenza	Piano di supporto
Intellettuale	<input type="checkbox"/>		
Dell'apprendimento	<input type="checkbox"/>		
Lessicale	<input type="checkbox"/>		
Sensoriale	<input type="checkbox"/>		
Fisica	<input type="checkbox"/>		
Neurologica	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="checkbox"/>		

## IL MIO TESTAMENTO

	Avvocato/i	Indirizzo	Telefono
Dove conservo il mio testamento			

### La Mia Procura:

---

## La Mia Assicurazione

	Assicuratore	Contatti	Numero della polizza
Casa e accessori			
Salute			
Auto			
Vita			
Protezione del reddito			
Business/Azienda			

Si veda il Punto 3 per ulteriori informazioni sulla copertura assicurativa



Prendete in considerazione ogni particolare esigenza e come la vostra rete di supporto potrebbe aiutarvi al meglio durante un'emergenza. Se avete bisogno di aiuto per l'evacuazione, includete istruzioni scritte e assicuratevi che la vostra rete di supporto sia a conoscenza del vostro piano. Ad esempio, "Ho il diabete. Per favore, prendi la mia insulina dal frigorifero", "Il mio animale di servizio può legalmente rimanere con me".

## LA LISTA DEI MIEI OGGETTI IMPORTANTI E IL MIO PIANO

Articolo	Posizione	Piano di protezione

Si veda il **Punto 3** per ulteriori informazioni su come identificare e proteggere gli oggetti importanti.

## IL PIANO PER GLI ANIMALI DOMESTICI

Nome dell'animale	Razza	Numero del micro-chip	Contatti del veterinario/canile	Luogo sicuro di emergenza	Attrezzatura necessaria	Piano

**PET**

**VETERINARIO LOCALE**

**CANILE / PENSIONE**

**TRASPORTO**

The infographic features three vertical panels. The first panel, 'VETERINARIO LOCALE', shows a silhouette of a person's head with 'PET' written inside, a lightning bolt, and a person with a dog. The second panel, 'CANILE / PENSIONE', shows a person with two dogs and a building labeled 'VACANCY PET HOTEL'. The third panel, 'TRASPORTO', shows a horse and a dog next to a trailer.



Nel pianificare una situazione di emergenza, dovete pensare anche ai vostri animali domestici e a ciò di cui potrebbero avere bisogno nel corso di una o più settimane, tra cui cibo, documenti, farmaci, trasporto e alloggio.



# Numeri Importanti

## EMERGENZE

Polizia, Vigili del Fuoco, Ambulanza	000
SES	132 500
Linea informativa sui veleni	13 11 26
Lifeline	13 11 14
BeyondBlue	1300 22 46 36

## I CONTATTI PIÙ IMPORTANTI

Medico		Agenzia di assistenza domiciliare	
Dentista		Frequenze radio locali ABC	
Veterinario		Altre frequenze radio locali	
Avvocato		Contatto fuori città	
Municipio		Procura	
Gas		Assicuratore	
Telco		Banca	
Energia elettrica		Assistenza stradale	
Acqua			



# Numeri Importanti

## I CONTATTI DEI MIEI FAMILIARI

Nome	Lavoro	Scuola	Cellulare

## I MIEI VICINI / I NUMERI DELLA RETE DI SUPPORTO PERSONALE

Nome	Lavoro	Cellulare

## ALTRI NUMERI IMPORTANTI

Nome	Lavoro	Cellulare



**Suggerimento:** Memorizzate questi numeri nel vostro telefono e scattate una foto di questo modulo, in modo da avere tutti i dati più importanti a disposizione in un unico posto. Si consiglia inoltre di inviarne una copia ad amici o parenti da tenere in archivio in caso di emergenza.