|  |
| --- |
| Remarque : **Ce modèle est conçu pour être complété conjointement avec le guide de l’utilisateur du Plan de soins coordonnés.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mes identifiants | | | | | | | | | | |
| Prénom du patient | Prénom d’usage | | | | | | Nom de famille**:** | | | |
| Date de naissance**: AAAA-MMM-JJ** | Sexe**:** | | | | | | | Pronom de préférence | | |
| Adresse**:** | | | | | | | | | | |
| Ville**:** | | | | | Province**:** | | | | Code postal**:** | |
| Numéro de téléphone**:** | | | | Autre numéro de téléphone **:** | | | | | | |
| Numéro de carte Santé**:** | | Émis par**:** |  | | | | Ascendance/culture**:** | | |  |
| Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations, Métis ou Inuit? | | | | | | Si « oui » précisez la Première Nation | | | | |
| Langue dans laquelle vous êtes le plus à l’aise**:** | Accommodement de communication**:** | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Ce qui est le plus important pour moi et mes préoccupations** |
| Ce qui est le plus important pour moi à l’heure actuelle**:** |
| Ce qui me préoccupe le plus présentement concernant mes soins de santé**:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mon équipe de soins (incluant famille/aidants/fournisseurs de soins) | | | | | |
| Coordonnateur (à informer si patient hospitalisé) | | Nom : | | Numéro de téléphone : | |
| Nom du membre de l’équipe | Rôle | Organisation | Coordonnées | | Plans de soins coordonnés partagé |
| Numéro de téléphone principal | Numéro de téléphone secondaire |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Consentement aux soins de santé et planification préalable des soins | | | | |
| **Remarque : Assurez-vous d’avoir obtenu du patient ou du subrogé tous les consentements requis pour le traitement, tel que requis par la loi.** | | | | |
| Mon subrogé en matière de soins de santé est (sont) | | | | |
| Nom | Relation | Type de subrogé | Coordonnées | |
| Numéro de téléphone principal | Numéro de téléphone secondaire |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| J’ai fait part de mes souhaits, de mes valeurs et de mes croyances à mon futur subrogé, en ce qui concerne mes soins de santé futurs **:** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ma santé(Incluant la santé physique, mentale et les dépendances [c.-à-d. tabac], les problèmes fonctionnels, les dispositifs d’assistance) | |
| Problèmes de santé | Détails (première manifestation, considérations) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Davantage à mon sujet | |
| Sujets | Détails |
| Revenu |  |
| Emploi |  |
| Logement |  |
| Transport |  |
| Sécurité alimentaire |  |
| Réseau social |  |
| Connaissances en santé |  |
| Nouvel arrivant au Canada |  |
| Aspect juridique |  |
| Affiliation spirituelle |  |
| Enjeux des fournisseurs de soins |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mes objectifs et mon plan d'action | | | | |
| Ce que j'espère accomplir | Ce que nous pouvons faire pour atteindre mes objectifs | Détails | Qui sera responsable | Date de l’établissement de l’objectif (AAAA-MMM-JJ) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **La coordination de mes médicaments** (annexer Ia liste actuelle des médicaments ou remplir l'annexe sur les médicaments) | |
| Source la plus fiable pour la liste de médicaments (prescripteur principal/ superviseur des médicaments/famille)**:** | |
| Aides à la prise de médicaments **:** | Si quelqu'un vous aide à prendre vos médicaments, qui est-ce? |
| Difficultés à prendre mes médicaments (effets secondaires, pouvez-vous payer pour tous vos médicaments?)**:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mes allergies | | Aucune allergie connue |
| À quoi êtes-vous allergique ou intolérant? | Que se passe-t-il alors? Quels sont vos symptômes? | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Annexes incluses :** | **Liste médicaments** | **Mes évaluations de santé** | **Plus récente visite à l’hôpital** | **Approche palliative des soins** |

**Annexe 1**

**Il est recommandé d’obtenir le plus récent bilan comparatif des médicaments du fournisseur/  
de la source à l’endroit où elle fut effectuée (par ex. pharmacie, hôpital, soins primaires)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liste de médicaments** | | | | | | |
| Médicament | Posologie | Fréquence à laquelle je prends ce médicament | Raison pour laquelle je prends ce médicament | Qui a prescrit le médicament? | Quand ai-je commencé à prendre ce médicament | Remarques |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Annexe 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mes évaluations de santé** | | |
| Type et nom de I'évaluation | Date à laquelle l’évaluation a été réalisée | Remarques |
|  | **AAAA-MMM-JJ** |  |
|  | **AAAA-MMM-JJ** |  |
|  | **AAAA-MMM-JJ** |  |
|  | **AAAA-MMM-JJ** |  |

**Annexe 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ma plus récente visite à l’hôpital** | | | | |
| Nom de l’hôpital**:** | | | | Date de la visite: **AAAA-MMM-JJ** |
| Raison de la visite**:** | | | | |
| Description de la visite: | De l’urgence à la maison | | De l’urgence à l’unité d’admission à l’hôpital | |
| Date du congé de l’hôpital: **AAAA-MMM-JJ** | | Durée du séjour**:** | | |
| Commentaires**:** | | | | |

**Annexe 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Approche palliative aux soins** | | |
| Le principal responsable de mes soins palliatifs est**:** | | |
| Plan de soutien physique (prise en charge de la douleur, essoufflement, constipation, nausées et vomissements, fatigue, perte d’appétit, somnolence) | | |
| Symptômes | Traitements | Commentaires |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Plan de soutien psychologique (émotion, anxiété, dépression, autonomie, peur, contrôle, estime personnelle) | | |
| Symptômes | Traitements | Commentaires |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Plan de soutien social (relations sociales, aidant familial, bénévoles, environnement, financier, légal)**:** | | |
| Plan de soutien spirituel (valeurs, croyances, pratiques, rituels)**:** | | |
| Lieu préféré pour le décès**:** | | |
| Lieu de décès souhaité: | | |
| Autre**:** | | |