|  |
| --- |
| 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**:**  |