

MA PHARMACIENNE / MON PHARMACIEN

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

MON AGENCE DE SOINS INFIRMIERS

NOM	
ADRESSE	
N° DE TÉLÉPHONE	

AUTRE

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

AUTRE

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

AUTRE

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PLAIE

Renseignements sur l'admission à l'hôpital		
J'ai été admis(e) à (hôpital) :		
Date :		
Qui m'a fourni des soins :		
Mon diagnostic est : (indiquer le type de plaie)	Cocher	Date
Autres problèmes médicaux :		
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabète traité par : <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> pilules <input type="checkbox"/> Crise cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire <input type="checkbox"/> Chirurgie – cardiopathie valvulaire <input type="checkbox"/> Pontage coronarien <input type="checkbox"/> Angioplastie coronaire <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Défibrillateur <input type="checkbox"/> Type de maladie pulmonaire : _____ <input type="checkbox"/> Cancer – type : _____ <input type="checkbox"/> Maladie du rein <input type="checkbox"/> Maladie du foie <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Maladie de la glande thyroïde <input type="checkbox"/> Crises <input type="checkbox"/> Autre _____		
NOTES		

MES MÉDICAMENTS

J'ai une allergie aux médicaments suivants :

Indiquez tous les médicaments, les vitamines et les suppléments que vous prenez actuellement :

Date du début médecin/IP	Médicament (nom et raison)	Dosage + fréquence	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher	Autre
1/1/2011 D ^r X	Ex. : aspirine – anticoagulant	81 mg une fois par jour					le matin à 10 h

MES RENDEZ-VOUS

Pendant la période de traitement de votre plaie, vous aurez peut-être des rendez-vous médicaux. Vous devrez voir votre médecin de famille, votre clinique de soins infirmiers et d'autres membres de votre équipe de soins de santé. C'est important de vous présenter à ces rendez-vous, car votre équipe vous aidera à bien vous rétablir. Cette section vous permet de noter tous vos rendez-vous dans une seule liste. Ces informations aideront aussi votre équipe de soins de santé à savoir qui vous consultez et quand vous les consultez.

Date	Heure	Rendez-vous avec	Endroit	Commentaires

BUTS PERSONNELS

C'est important de fixer des buts pour votre guérison. Veuillez répondre à ces questions :

Quel changement aimeriez-vous constater AUJOURD'HUI?

Quel changement aimeriez-vous constater LA SEMAINE PROCHAINE?

Quel changement aimeriez-vous constater LE MOIS PROCHAIN?

Quelles mesures prendrez-vous pour atteindre ces buts?

Quel soutien et quelles ressources vous faudra-t-il?

Quel est votre plan pour surmonter les défis éventuels?

VEUILLEZ ENCERCLER LES BUTS QUI S'APPLIQUENT À VOUS ET INDICHER LEUR DEGRÉ D'IMPORTANCE.

	Sans objet	Non important	Important		Très important	
			2	3	4	5
Pouvoir conduire une voiture	s. o.	1	2	3	4	5
Guérir ma plaie	s. o.	1	2	3	4	5
Activités de la vie quotidienne (église, magasinage, fréquenter mes amis ou ma famille)	s. o.	1	2	3	4	5
Jouer avec mes enfants ou mes petits-enfants	s. o.	1	2	3	4	5
Éviter l'hospitalisation	s. o.	1	2	3	4	5
Conserver une vie sexuelle active	s. o.	1	2	3	4	5
Apprécier une alimentation équilibrée	s. o.	1	2	3	4	5
Exercice	s. o.	1	2	3	4	5
Pouvoir travailler	s. o.	1	2	3	4	5
Ne pas ressentir de gêne à cause de ma plaie	s. o.	1	2	3	4	5

PLAN D'ACTION PERSONNEL

Maintenant que vous avez reconnu les aspects de votre vie qui ont la plus grande importance pour vous, veuillez répondre aux questions suivantes :

Quels sont les aspects les plus importants de votre vie?

Quels aspects de votre vie sont le plus touchés par votre plaie et pourquoi?

Quels changements pourraient améliorer cet aspect de votre vie?

Qu'est-ce que vous trouvez le plus déplaisant au sujet de votre plaie?

Quels changements pourraient atténuer ces côtés déplaisants?

Quels aspects de vos soins avez-vous hâte de pouvoir assurer de façon autonome?

VOTRE PLAN D'ACTION PERSONNEL / VOS BUTS

Votre infirmière ou votre infirmier vous aidera à résumer vos buts et vos actions à entreprendre, selon ce que vous avez indiqué dans vos réponses précédentes.

Veillez inscrire vos **buts** dans les quartiers du cercle central et vos **actions** à entreprendre dans les cases qui les entourent.

The diagram is a large circle divided into four equal quadrants by a vertical and a horizontal line. In the center of the circle, where the lines intersect, there are two curved arrows: one pointing to the right and one pointing to the left. Surrounding the circle are four rounded rectangular boxes, one in each quadrant, positioned to be adjacent to the outer edge of the circle. These boxes are intended for writing actions to be taken.

POUR NOUS JOINDRE

Téléphonez-nous sans frais au 310-2222 (aucun indicatif régional n'est requis).

healthcareathome.ca/northeast

Les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire Nord-Est a plusieurs bureaux communautaires pour vous servir, dont les suivants:

KIRKLAND LAKE

53, ch. Government Ouest
Kirkland Lake ON P2N 2E5
Téléphone : 705-567-2222
Sans frais : 1-888-602-2222

SAULT-SAINTE-MARIE

390, rue Bay, bureau 103
Sault-Sainte-Marie ON P6A 1X2
Téléphone : 705-949-1650
Sans frais : 1-800-668-7705

NORTH BAY

1164, av. Devonshire
North Bay ON P1B 6X7
Téléphone : 705-476-2222
Sans frais : 1-888-533-2222

SUDBURY

40, rue Elm, bureau 41-C
Sudbury ON P3C 1S8
Téléphone : 705-522-3461
Sans frais : 1-800-461-2919
TTY : 711 (demandez le
numéro
1-888-533-2222)

PARRY SOUND

6, rue Albert
Parry Sound ON P2A 3A4
Sans frais : 1-800-440-6762

TIMMINS

330, av. Second, bureau 101
Timmins ON P4N 8A4
Téléphone : 705-267-7766
Sans frais : 1-888-668-2222