

PROGRAMME D'AUTOTRAITEMENT DES PLAIES

VOTRE PASSEPORT SANTÉ

Votre Passeport santé sert à vous, à votre famille ou à la personne qui vous aide. Il contient des informations importantes pour votre santé, votre problème médical et vos traitements alors que vous commencez à traiter votre plaie. Ci-après, vous trouverez des formulaires et des tableaux qui deviendront votre registre quotidien des soins que vous apporterez progressivement à votre plaie. N'oubliez pas d'apporter ce passeport avec vous à tous vos rendez-vous médicaux et à toutes vos séances de traitement.



AIDEZ VOTRE GUÉRISON

Une évaluation a déterminé votre admissibilité au programme d'autotraitement des plaies des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire Nord-Est, « Aidez votre guérison ».

Ce programme a pour but d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes qui ont une plaie à soigner.

La gestion de vos soins sera assurée par VOUS avec l'aide de votre équipe de soins.

AU SUJET DE VOTRE PASSEPORT SANTÉ

Le but premier de l'initiative « Aidez votre guérison » est de vous aider à vivre dans la communauté avec le meilleur niveau d'activité, de santé et d'autonomie possible.

Le passeport a été conçu de manière à vous aider à gérer vos rendez-vous médicaux, les coordonnées de vos contacts, vos médicaments, vos buts, vos conseils à suivre et vos questions.

Vous utiliserez ce passeport pour garder un registre clair et à jour des traitements et des services de soutien disponibles au cours de la période où vous traitez votre plaie.

Gardez toujours votre passeport à jour au fil de votre rétablissement, en y inscrivant de nouveaux buts à atteindre et en y notant toutes vos observations pendant la période de soins.

Votre équipe de soins vous aidera aussi à atteindre vos buts en vous fournissant des conseils, des informations et de l'orientation.

N'oubliez pas d'apporter votre passeport avec vous lors de vos rendez-vous cliniques et de vous assurer que les renseignements qu'il contient sont à jour.

INFORMATION

Dans le cadre de l'initiative « Aidez votre guérison », vous avez probablement déjà eu une rencontre avec votre infirmière ou infirmier à domicile. Votre livret informatif vous expliquera quand vous devriez appeler votre infirmière ou infirmier. Le personnel infirmier inscrira ci-dessous les coordonnées à utiliser pour le rejoindre.

Nom

N° de téléphone

Courriel

Autre n° de téléphone

COORDONNÉES DES CONTACTS

MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM	
ADRESSE	
DATE DE NAISSANCE	
LANGUE(S) PARLÉE(S)	
N° DE TÉLÉPHONE	
COURRIEL	
N° DE CARTE SANTÉ	
HÔPITAL	

COORDONNÉES DES MEMBRES DE LA FAMILLE

NOM	
ADRESSE	
N° DE TÉLÉPHONE	
COURRIEL	
NOM DU 2 ^E CONTACT	
ADRESSE	
N° DE TÉLÉPHONE	

MON ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ

MON MÉDECIN DE FAMILLE / INFIRMIÈRE PRATICIENNE / INFIRMIER PRATICIEN

NOM	
ADRESSE	
N° DE TÉLÉPHONE	

MA COORDONNATRICE / MON COORDONNATEUR DE SOINS

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	
MON/MA PHYSIOTHÉRAPEUTE	
NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

MON ERGOTHÉRAPEUTE

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

MON ORTHOPHONISTE

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

MA/MON DIÉTÉTISTE

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

AUTRE SPÉCIALISTE (INDIQUER : CARDIOLOGUE-COEUR, NEUROLOGUE-CERVEAU)

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

AUTRE SPÉCIALISTE (INDIQUER : CARDIOLOGUE-COEUR, NEUROLOGUE-CERVEAU)

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

AUTRE SPÉCIALISTE (INDIQUER : CARDIOLOGUE-COEUR, NEUROLOGUE-CERVEAU)

NOM	
ADRESSE / HÔPITAL	
N° DE TÉLÉPHONE	

MA TRAVAILLEUSE SOCIALE / MON TRAVAILLEUR SOCIAL

NOM	
ADRESSE	
N° DE TÉLÉPHONE	

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

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 INDIQUER 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, intended for writing actions. The top-left and bottom-right boxes are on the left side of the circle, while the top-right and bottom-left boxes are on the right side.

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