

## Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : AAAA-MMM-JJ

**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		Nom préféré:		Nom de famille:	
Date de naissance: AAAA-MMM-JJ		Sexe:		Pronom préféré:	
Adresse:					
Ville:			Province:		Code postal:
Numéro de téléphone:			Autre numéro de téléphone :		
Numéro de carte Santé:		Émis par:		Ascendance/culture:	
Vous identifiez-vous à la Première Nation, Métis ou Inuit?				Si « oui », précisez à quelle nation:	
Langue préférée:		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 soignante (incluant famille/aidantes et 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 principal	Numéro 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 santé est (sont) :

Nom	Relation	Type de subrogé	Coordonnées	
			Numéro de téléphone primaire	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 :

## Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : AAAA-MMM-JJ

<b>Ma santé</b> (Incluant la santé physique, mentale et les dépendances [c.-à-d. tabac], les problèmes fonctionnels, les dispositifs d'assistance)	
Enjeux	Détails (au départ, considérations)

<b>Davantage à mon sujet</b>	
Sujets	Détails
Revenu	
Emploi	
Logement	
Transport	
Sécurité alimentaire	
Réseau social	
Connaissances en santé	
Nouveau venu au Canada	
Aspect juridique	
Affiliation spirituelle	
Enjeux relatifs aux soins	

<b>Mes objectifs et Plan d'action</b>				
Ce que j'espère atteindre	Ce que nous pouvons faire pour l'atteindre	Détails	Qui sera responsable	Date de l'objectif identifié (AAAA-MMM-JJ)

## Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : AAAA-MMM-JJ

<b>Ma coordination des médicaments</b> (annexer la 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):	
Mes aides utiles pour prendre mes médicaments:	Si quelqu'un vous aide avec vos médicaments, qui est-ce?
Difficultés à prendre mes médicaments (effets secondaires, pouvez-vous payer pour tous vos médicaments?):	

<b>Mes allergies</b>		Aucune allergie connue <input type="checkbox"/>
À quoi êtes-vous allergique ou intolérant?	Que se passe-t-il alors? Quels sont vos symptômes?	

Annexes incluses :	<input type="checkbox"/> Liste médicaments	<input type="checkbox"/> Mes évaluations santé	<input type="checkbox"/> Plus récente visite à l'hôpital	<input type="checkbox"/> Approche palliative aux soins
--------------------	--	--	--	--

## Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : AAAA-MMM-JJ

### 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 prendre ce médicament	Qui a prescrit ce médicament?	Date pour commencer à prendre ce médicament	Remarques

## Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : AAAA-MMM-JJ

### Annexe 2

Mes évaluations santé		
Type d'évaluation et nom	Date d'achèvement	Remarques
	AAAA-MMM-JJ	
	AAAA-MMM-JJ	
	AAAA-MMM-JJ	
	AAAA-MMM-JJ	

**Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]**

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : **AAAA-MMM-JJ****Annexe 3**

<b>Ma plus récente visite à l'hôpital</b>	
Nom de l'hôpital:	Date de la visite: <b>AAAA-MMM-JJ</b>
Raison de la visite:	
Description de la visite: <input type="checkbox"/> De l'urgence à la maison <input type="checkbox"/> De l'urgence à l'unité d'admission à l'hôpital	
Date du congé de l'hôpital: <b>AAAA-MMM-JJ</b>	Durée du séjour:
Commentaires:	

## Plans de soins coordonnés de [Insérer le nom]

Dernière mise à jour par :

Date de dernière mise à jour : AAAA-MMM-JJ

### Annexe 4

<b>Approche palliative aux soins</b>		
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:		
Soutien dans le deuil:		
Autre:		