

À REMPLIR ET CONSERVER TOUT AU LONG DE VOTRE PARCOURS...

Pour vous aider à mieux vous organiser...

Pour vous faciliter la tâche...

Pour rassembler toute l'information pertinente et importante...

Pour faciliter vos rencontres avec les professionnels de la santé...

1- FICHE - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA PERSONNE AIDÉE

2- FICHE - BOTTIN (RESSOURCES DE LA PERSONNE AIDÉE)

3- FICHE - DOCUMENTS IMPORTANTS DE LA PERSONNE AIDÉE

4- FICHE - SANTÉ

- Conseils pratiques afin de bien préparer les rendez-vous de la personne aidée avec un médecin ou un professionnel de la santé
- En cas d'hospitalisation
- Carnet de santé
- Symptômes physiques
- Symptômes cognitifs
- Questions à poser au professionnel de la santé

5- FICHE - ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

- Besoins particuliers et habitudes de la personne aidée
- Horaire de la journée

6- FICHE DESCRIPTIVE-OUTIL PROFIL-PERSONNE AYANT UNE MALADIE COGNITIVE (À REMETTRE AUX POLICIERS LORS D'UNE DISPARITION DE L'AIDÉ)

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Une fois rempli, ce document est de nature confidentielle. Il est strictement interdit de divulguer, distribuer, copier ce document dans le but de s'en servir à quelques fins que ce soit, sans l'autorisation des personnes concernées par celui-ci.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA PERSONNE AIDÉE	
Nom et prénom de la personne aidée :	
Adresse	Numéro et rue
	Ville et province
	Code postal
Téléphone résidence :	Téléphone cellulaire :
Courriel :	
Date de naissance : ____/____/____ Année/mois/jour	Âge : ____ ans
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	
Pays d'origine :	
Langue maternelle :	
Langue(s) parlée(s) : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
État matrimonial : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/>	
Diagnostics principaux:	
Numéro d'assurance maladie :	Date exp. ____/____/____
Numéro de permis de conduire :	
Numéro d'immatriculation :	
Quel métier ou type d'emploi la personne aidée a-t-elle occupé le plus longtemps dans sa vie ?	
RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE AIDANTE	
Nom du proche aidant principal :	
Lien de l'aidant envers la personne aidée : Conjoint <input type="checkbox"/> Mère/père <input type="checkbox"/> Fille/fils <input type="checkbox"/> Sœur/frère <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Téléphone résidence :	Téléphone cellulaire :
La personne aidée vit-elle avec le proche aidant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autre(s) proche(s) aidant(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, svp inscrire le nom de la (des) personne (s) et le lien :	
EN CAS D'URGENCE, CONTACTER:	
Nom :	
Lien avec l'aidé : Conjoint <input type="checkbox"/> Mère/père <input type="checkbox"/> Fille/fils <input type="checkbox"/> Sœur/frère <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Téléphone résidence :	Téléphone cellulaire :
La personne aidée reçoit-elle certains services privés ou communautaires (popote roulante, COOP de soutien à domicile, transport adapté, services d'aide à domicile par une agence privée, répit, etc.) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lesquels ?	

Une fois rempli, ce document est de nature confidentielle. Il est strictement interdit de divulguer, distribuer, copier ce document dans le but de s'en servir à quelques fins que ce soit, sans l'autorisation des personnes concernées par celui-ci.

BOTTIN – RESSOURCES DE LA PERSONNE AIDÉE	
Urgence 911	Info-Santé 811 option 1
Centre Antipoison 1-800-463-5060	Info-Social 811 option 2
Centre Intégré de Santé et Services Sociaux (CISSS) de la région de l'aidé	
Nom :	Téléphone :
Intervenant pivot du CISSS impliqué au dossier de l'aidé (s'il y a lieu)	
Nom :	Téléphone :
Autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière, etc.)	
Nom et fonction :	Téléphone :
Nom et fonction :	Téléphone :
Nom et fonction :	Téléphone :
Médecin de famille	
Nom :	
Téléphone :	Télécopieur (fax) :
Clinique :	
Adresse :	
Médecins spécialistes	
Nom du spécialiste :	Téléphone :
Spécialité :	Télécopieur (fax) :
Clinique :	
Adresse :	
Nom du spécialiste :	Téléphone :
Spécialité :	Télécopieur (fax) :
Clinique :	
Adresse :	
Nom du spécialiste :	Téléphone :
Spécialité :	Télécopieur (fax) :
Clinique :	
Adresse :	
Pharmacie	Dentiste
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopieur (fax) :	Clinique :
Adresse :	Adresse :
Optométriste	Autres (préciser)
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Clinique :	Clinique :
Adresse :	Adresse :

Une fois rempli, ce document est de nature confidentielle. Il est strictement interdit de divulguer, distribuer, copier ce document dans le but de s'en servir à quelques fins que ce soit, sans l'autorisation des personnes concernées par celui-ci.

Services privés ou communautaires (popote roulante, transport adapté, services d'aide à domicile par une agence privée, COOP de soutien à domicile, répit, etc.)	
Nom de l'organisme :	Nom de l'organisme :
Personne-ressource :	Personne-ressource :
Services reçus :	Services reçus :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Nom de l'organisme :	Nom de l'organisme :
Personne-ressource :	Personne-ressource :
Services reçus :	Services reçus :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Nom de l'organisme :	Nom de l'organisme :
Personne-ressource :	Personne-ressource :
Services reçus :	Services reçus :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Institutions financières	
Nom de l'institution financière :	Nom de l'institution financière :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Numéro de transit :	Numéro de transit :
Numéro de compte (folio) :	Numéro de compte (folio) :
Placements	
Nom de l'institution :	Nom de l'institution :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Assurance - AUTO	Assurance - HABITATION
Nom de l'institution :	Nom de l'institution :
Téléphone :	Téléphone :
Numéro contrat d'assurance :	Numéro contrat d'assurance :
Régime public d'assurance médicaments (RAMQ) ou assurance santé privée	
RAMQ <input type="checkbox"/>	Nom de l'institution :
Téléphone :	Téléphone :
Numéro d'assurance maladie :	Numéro contrat d'assurance :
Assurance - VIE	Assurance - AUTRE
Nom de l'institution :	Nom de l'institution :
Téléphone :	Téléphone :
Numéro contrat d'assurance :	Numéro contrat d'assurance :
Comptable	Notaire
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Avocat	Conseiller financier
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :

Une fois rempli, ce document est de nature confidentielle. Il est strictement interdit de divulguer, distribuer, copier ce document dans le but de s'en servir à quelques fins que ce soit, sans l'autorisation des personnes concernées par celui-ci.

DOCUMENTS IMPORTANTS DE LA PERSONNE AIDÉE

S'assurer de connaître ou d'identifier où sont situées les données confidentielles de l'aidé telles que :

- Numéro d'assurance sociale
- Mots de passe (Site Internet de la banque, carte de crédit, carte débit, placements, gouvernement provincial et fédéral, etc.)
- Numéros de carte de crédit
- Autre (préciser) :

Comptes à payer de la personne aidée :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypothèque / loyer | <input type="checkbox"/> Cartes de crédit | <input type="checkbox"/> Entretien extérieur (neige, pelouse, etc.) | <input type="checkbox"/> Entretien intérieur (COOP de soutien à domicile) |
| <input type="checkbox"/> Frais de copropriété | <input type="checkbox"/> Marge de crédit | <input type="checkbox"/> Dispositif de sécurité (bracelet de sécurité) | <input type="checkbox"/> Paiement de la location ou de l'achat de l'automobile |
| <input type="checkbox"/> Hydro Québec | <input type="checkbox"/> Frais bancaires | <input type="checkbox"/> Système d'alarme | <input type="checkbox"/> Permis de conduire |
| <input type="checkbox"/> Location de chauffe-eau | <input type="checkbox"/> Dette | <input type="checkbox"/> Assurances : | <input type="checkbox"/> Immatriculations |
| <input type="checkbox"/> Téléphone | <input type="checkbox"/> Prêt personnel | <input type="checkbox"/> Automobile | <input type="checkbox"/> Popote roulante |
| <input type="checkbox"/> Cellulaire | <input type="checkbox"/> Financement | <input type="checkbox"/> Habitation | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Taxes municipales | <input type="checkbox"/> Santé | |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Taxes scolaires | <input type="checkbox"/> Vie | |

Sources de revenus de la personne aidée :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Revenu d'emploi (salaire) | <input type="checkbox"/> Régime des rentes du Québec | <input type="checkbox"/> Supplément du revenu garanti |
| <input type="checkbox"/> Allocation au survivant | <input type="checkbox"/> Rente d'invalidité | <input type="checkbox"/> Aide sociale |
| <input type="checkbox"/> Assurance-salaire | <input type="checkbox"/> Régime privé de retraite | <input type="checkbox"/> Épargne personnelle |
| <input type="checkbox"/> REER | <input type="checkbox"/> Pension de la sécurité de vieillesse | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |

Documents que la personne aidée possède. Indiquer où ils sont situés et s'ils sont à jour :

Document	Emplacement	Mise à jour
<input type="checkbox"/> Testament		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Préarrangements funéraires		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Mandat en cas d'inaptitude		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Procuration bancaire		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Procuration générale		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Déclaration de revenus provinciale, reçus, etc.		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Déclaration de revenus fédérale, reçus, etc.		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour

DOCUMENTS IMPORTANTS DE LA PERSONNE AIDÉE		
Cocher les documents que la personne aidée possède. Indiquer où ils sont situés et s'ils sont à jour :		
Document	Emplacement	Mise à jour
<input type="checkbox"/> Contrats (polices) d'assurance :		
<input type="checkbox"/> Collectives		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Vie		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Habitation		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Automobile		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Hypothécaire		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Juridique		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Habitation		
<input type="checkbox"/> Hypothèque		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Acte de vente		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Bail		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Placements financiers		
<input type="checkbox"/> REER		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> REEE		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> CELI		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Actions		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Chèques		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Contrat de mariage ou de séparation		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Certificat de naissance		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Passeport		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Citoyenneté, résidence permanente		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Coffret de sûreté		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Autres permis :		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Chasse		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Pêche		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Port d'armes		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour

FICHE SANTÉ

CONSEILS PRATIQUES AFIN DE BIEN PRÉPARER LES RENDEZ-VOUS DE LA PERSONNE AIDÉE AVEC UN MÉDECIN OU UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.

Une préparation adéquate et écrite est très importante. Remplir le document ci-joint permet de transmettre les informations nécessaires et pertinentes au médecin ou au professionnel.

Avant le rendez-vous :

- ✓ Prendre un rendez-vous plus long avec le médecin ou le professionnel si nécessaire.
- ✓ Mettre à jour le document dès qu'il y a des changements dans l'état de santé de l'aidé ou qu'une question vous vient en tête.
- ✓ Obtenir (dans la mesure du possible) le consentement de l'aidé pour discuter de certains sujets avec ou devant lui lors des rendez-vous.
- ✓ Dans la section à cet effet, noter les questions les plus importantes en premier afin de s'assurer d'avoir le temps d'en discuter.
- ✓ Lorsqu'il est impossible de se rendre à un rendez-vous, aviser la clinique ou l'intervenant le plus tôt possible. Cela permettra de planifier un nouveau rendez-vous rapidement.

La journée du rendez-vous :

- ✓ Être présent à l'heure avec les fiches ci-jointes à jour, un carnet et un crayon pour prendre des notes ainsi que la liste des médicaments de l'aidé à jour (demander au pharmacien).
- ✓ Apporter la carte d'assurance maladie et la carte d'hôpital (si le rendez-vous a lieu à l'hôpital) en tout temps.
- ✓ Partager vos émotions et sentiments (dire si l'on se sent dépassé, épuisé ou non écouté par exemple).
- ✓ Demander des précisions sur les traitements et les médicaments.
- ✓ Être précis et parler franchement avec le médecin (aucun problème n'est trop embarrassant pour être abordé devant un professionnel de la santé).

Après le rendez-vous :

- ✓ Demander un autre avis médical à un autre spécialiste si nécessaire.
- ✓ Discuter avec le médecin, le pharmacien ou un professionnel avant de donner un nouveau médicament non prescrit à votre aidé, cela pourrait éviter les effets secondaires et les interactions médicamenteuses.
- ✓ Suivre les instructions données par le médecin et informer un professionnel de tout changement ou effet indésirable ressenti en lien avec la médication.

EN CAS D'HOSPITALISATION

- ✓ Prévenir l'intervenant pivot de la personne aidée au CISSS.
- ✓ Contacter les organismes afin de suspendre temporairement les services tels que la popote roulante, la COOP de soutien à domicile, le répit, le centre de jour, etc.
- ✓ Si l'aidé possède un animal de compagnie, prévoir une alternative pour répondre à ses besoins en cas d'absence prolongée.

FICHE SANTÉ

CARNET DE SANTÉ DE :

Numéro d'assurance maladie :		Date d'expiration :	
Hôpitaux habituellement fréquentés ?			
Numéro de carte d'hôpital :			
Groupe sanguin A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/>			

Allergies et intolérances

Allergies :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	Alimentaire <input type="checkbox"/>	Préciser : _____
	Médicament <input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autres allergies :		
Intolérances :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	Alimentaire <input type="checkbox"/>	Préciser : _____
	Médicament <input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Autres intolérances :		

État de santé : Cocher les maladies et problèmes de santé connus de l'aidé :

Système cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Problèmes valvulaires	Troubles visuels <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Cataractes <input type="checkbox"/> Myopie/Presbytie <input type="checkbox"/> Verres correcteurs <input type="checkbox"/> Verres de contact	Système endocrinien <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie
		Troubles auditifs <input type="checkbox"/> Acouphène <input type="checkbox"/> Perte auditive <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Bilatéral Appareillés (portés) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes rénaux <input type="checkbox"/> Dialyse	Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas	Système respiratoire <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique)
Problème de santé mentale <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> Schizophrénie		Ossature et articulations <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Ostéoporose
Peau <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Psoriasis		

FICHE SANTÉ

Habitudes de vie – Cocher les éléments que vous aimeriez aborder avec le médecin ou un professionnel de la santé :

<p>Sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Insomnie (préciser) : <input type="checkbox"/> Se lève la nuit (préciser) : <input type="checkbox"/> Mauvaise qualité du sommeil (préciser) : <input type="checkbox"/> Peur <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Siestes <input type="checkbox"/> Médicament pour dormir <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :</p> <p>Tabac <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Alimentation</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Manque seulement certains aliments <input type="checkbox"/> Difficulté à utiliser les ustensiles <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler (toux en mangeant ou en buvant) <input type="checkbox"/> Difficulté à mastiquer les aliments <input type="checkbox"/> Difficulté à contrôler les aliments dans la bouche et à manger proprement <input type="checkbox"/> Refus de s'alimenter <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Mauvaise hygiène de la bouche</p>
<p>Poids</p> <p>Y a-t-il un changement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand (nombre de jours/semaines/mois)?</p> <p><input type="checkbox"/> Gain _____ (lbs) <input type="checkbox"/> Perte _____ (lbs)</p>	<p>Médication</p> <p><input type="checkbox"/> Prend bien sa médication <input type="checkbox"/> Refus de prendre sa médication</p> <p><input type="checkbox"/> Médication non suivie (horaire et/ou dose) Si non suivie, à quelle fréquence ? (quand? Le matin/le soir?) _____ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Effets secondaires : _____ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :</p>
<p>Niveau d'activité physique</p> <p><input type="checkbox"/> Alité <input type="checkbox"/> Sédentaire <input type="checkbox"/> Actif, capable d'accomplir ses activités de la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Fait encore des loisirs et des activités sportives</p> <p>Historique de chute</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dates et circonstances de la ou des dernières chutes : _____ _____ _____</p>	<p>Mobilité (marche)</p> <p><input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Seul avec difficulté (utiliser les murs/meubles) <input type="checkbox"/> Seul avec aide technique <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Doit être occasionnellement accompagné <input type="checkbox"/> Doit être toujours accompagné <input type="checkbox"/> Ne marche plus <input type="checkbox"/> Doit être occasionnellement accompagné</p>
<p>Facteurs de risque associés aux chutes</p> <p><input type="checkbox"/> Peur de tomber <input type="checkbox"/> Troubles nutritionnels <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Troubles visuels <input type="checkbox"/> Troubles auditifs <input type="checkbox"/> Incontinence ou urgence mictionnelle <input type="checkbox"/> Faiblesse dans les jambes <input type="checkbox"/> Problème d'équilibre</p>	<p><input type="checkbox"/> Diminution de la force des mains <input type="checkbox"/> Difficulté à se relever de sa chaise <input type="checkbox"/> Prise de tranquillisants ou de somnifères <input type="checkbox"/> Comportements non sécuritaires <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Prise quotidienne de 4 médicaments différents ou plus <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool</p>

FICHE SANTÉ

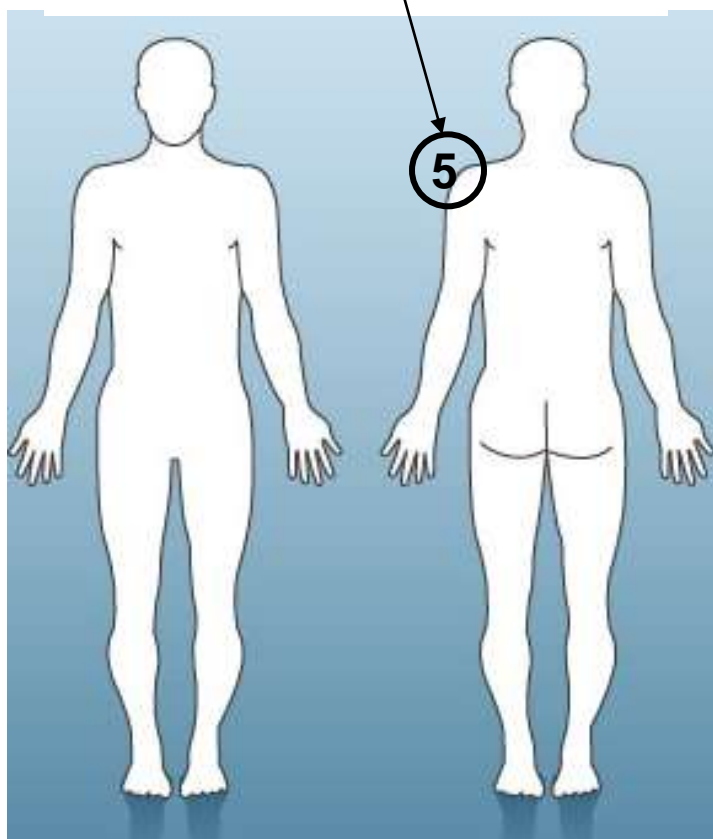
SYMPTÔMES PHYSIQUES
(spécifications de la douleur)

À l'aide d'un crayon, encercler les régions douloureuses et inscrire le chiffre correspondant à l'intensité de la douleur selon l'échelle de la douleur de 1 à 10.

Devant

Exemple

Dos



ÉCHELLE DE DOULEUR

- 1- Très faible (je peux accomplir toutes mes activités)
- 2- Faible (je la ressens seulement quand j'y pense)
- 3- Légère (je ne peux accomplir certaines de mes activités)
- 4- Légère à modérée (je ne peux accomplir la plupart de mes activités)
- 5- Modérée (je ne peux accomplir aucune de mes activités)
- 6- Modérément forte (la douleur est omniprésente; je ne peux penser à rien d'autre)
- 7- Forte (la douleur entrave à ma concentration)
- 8- Très Forte (je ne peux accomplir mes activités domestiques : entretien ménager, courses, préparation des repas, etc.)
- 9- Intense (je ne peux accomplir mes activités quotidiennes : se laver, s'habiller, etc.)
- 10- Intolérable (la pire douleur que j'ai jamais ressentie, alitement requis)

Référence : Pfizer (2010) Plus que des médicaments.

http://www.plusquedesmedicaments.ca/fr/article/index/Where_does_it_hurt

Entourer le chiffre correspondant au type de douleur

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a) Brûlure b) Inconfort c) Douleur sourde d) Engourdissement e) Douleur vive f) Élançement | <ul style="list-style-type: none"> g) Douleur en coup de poignard h) Endroit sensible au toucher (pression) i) Douleur pulsative (comme le battement du cœur) j) Sensation de picotement k) Perte de sensation |
|---|---|

FICHE SANTÉ

Quand la douleur a-t-elle commencé ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1- Au cours des dernières 24 heures | 3- Il y a 3 à 7 jours |
| 2- Il y a 1 à 3 jours | 4- Il y a plus d'une semaine (préciser) : |

À quel moment la douleur est plus intense?

(Ex.: À quel moment de la journée? Après un repas? Après une activité particulière?)

À quel moment de la journée la douleur est plus faible?

Qu'est-ce qui a causé la douleur ? (si la cause est connue)

Qu'est-ce qui augmente la douleur?

Qu'est-ce qui soulage la douleur?

La douleur entraîne-t-elle d'autres symptômes?

(Ex.: insomnie, fatigue, perte appétit)

Qu'est-ce qui a été fait pour diminuer la douleur ?

(Ex.: médicaments en vente libre, compresses, etc.)

Référence : Pfizer (2010) Plus que des médicaments.

http://www.plusquedesmedicaments.ca/fr/article/index/Where_does_it_hurt

SYMPTÔMES COGNITIFS

(changements observés)

1- FONCTIONS MENTALES (mémoire/orientation/communication/jugement/raisonnement)

Cocher les énoncés concernant l'aidé dans la 1^{ère} colonne et inscrire la fréquence et les circonstances de l'apparition des symptômes dans la colonne de droite.

<input type="checkbox"/> Oublie souvent des noms/événements/directives/comment faire certaines choses (procédures)	
<input type="checkbox"/> Répète souvent les mêmes questions/histoires/demandes	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à comprendre des instructions écrites ou verbales simples	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à trouver les mots justes	
<input type="checkbox"/> Perd le fil de sa pensée pendant une conversation	
<input type="checkbox"/> Se perd dans des endroits familiers	
<input type="checkbox"/> Manifeste des problèmes de jugement	
<input type="checkbox"/> Prend des décisions inadéquates (raisonnement illogique)	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à rester concentré (regarde moins la télévision et fait moins de lecture)	
<input type="checkbox"/> Ne se souvient plus de l'heure, du mois, de l'année, de l'endroit où il se trouve et ses rendez-vous	
<input type="checkbox"/> Égare des choses	
<input type="checkbox"/> Laisse la cuisinière allumée, le robinet couler et oublie de fermer la porte à clé	

FICHE SANTÉ

SYMPTÔMES COGNITIFS
(changements observés)

2- ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET DOMESTIQUE (CAPACITÉS FONCTIONNELLES)

Cocher les énoncés concernant l'aidé dans la 1^{ère} colonne et inscrire la fréquence et les circonstances de l'apparition des symptômes dans la colonne de droite.

<input type="checkbox"/> A de la difficulté à se servir du téléphone seul	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à aller à la toilette seul	
<input type="checkbox"/> Néglige l'entretien ménager de son domicile	
<input type="checkbox"/> Prend sa médication de façon inappropriée	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à gérer son argent dans le quotidien (budget /finance)	
<input type="checkbox"/> A besoin d'un rappel pour se laver ou a besoin d'aide (bain/douche)	
<input type="checkbox"/> Est indifférent face à son hygiène personnelle/son apparence	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à s'habiller ou porte des vêtements inappropriés	
<input type="checkbox"/> Ne se fait plus à manger	
<input type="checkbox"/> Oublie de manger	
<input type="checkbox"/> Ne change pas ses vêtements ou n'en voit pas la nécessité	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à faire fonctionner des appareils électroménagers	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à planifier et organiser des activités quotidiennes	
<input type="checkbox"/> Manifeste des comportements dangereux lors de la conduite automobile	

FICHE SANTÉ

SYMPTÔMES COGNITIFS
(changements observés)

3- COMPORTEMENT/INTÉRACTIONS SOCIALES

Cocher les énoncés concernant l'aidé dans la 1^{ère} colonne et inscrire la fréquence et les circonstances de l'apparition des symptômes dans la colonne de droite.

<input type="checkbox"/> Est agressif physiquement ou verbalement (insultes ou menaces)	
<input type="checkbox"/> Est agité/anxieux/nerveux	
<input type="checkbox"/> Est irritable/colérique	
<input type="checkbox"/> Est impatient/fait des fugues/fait les cent pas	
<input type="checkbox"/> Ne prend pas d'initiative	
<input type="checkbox"/> S'isole (est replié sur soi-même)	
<input type="checkbox"/> Parle de moins en moins aux personnes dans son entourage (ne prend pas part aux conversations)	
<input type="checkbox"/> Ne montre aucun intérêt pour les choses qui l'intéressaient auparavant ou délaisse certaines activités de loisir.	
<input type="checkbox"/> Voit ou entend des choses qui n'existent pas (hallucinations)/ imagine des choses invraisemblables	
<input type="checkbox"/> Fait des crises émotionnelles	
<input type="checkbox"/> Est triste ou déprimé	
<input type="checkbox"/> A de la difficulté à dormir	
<input type="checkbox"/> A des envies alimentaires inhabituelles (sucre, etc.)	
<input type="checkbox"/> Se méfie des autres de peur qu'ils lui veuillent du mal	
<input type="checkbox"/> Manifeste des comportements sociaux inappropriés (ex. : désinhibition)	
<input type="checkbox"/> Présente un changement dans sa personnalité	
<input type="checkbox"/> Dans l'ensemble, la personne n'est plus la même	

FICHE SANTÉ

QUESTIONS À POSER AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
(inscrire les plus importantes en premier)

QUESTIONS	RÉPONSES

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
Besoins particuliers et habitudes de la personne aidée (Vous devez vous absenter un moment ? Remettez cette fiche à la personne qui prendra soin de la personne aidée)	
La personne aidée a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Se lever/se coucher	Préciser
<input type="checkbox"/> Se vêtir/se dévêtir	
<input type="checkbox"/> S'alimenter	
<input type="checkbox"/> Utiliser les toilettes	
<input type="checkbox"/> Prendre sa médication	
<input type="checkbox"/> Se déplacer	
<input type="checkbox"/> Changer de culottes d'hygiène	
<input type="checkbox"/> Monter et descendre les escaliers	
La personne aidée a besoin d'aide pour : <input type="checkbox"/> Se laver les cheveux	Préciser
<input type="checkbox"/> Se coiffer	
<input type="checkbox"/> Se raser	
<input type="checkbox"/> Laver ses dents/ses prothèses dentaires	
<input type="checkbox"/> Appliquer de la crème/lotion médicamenteuse	
<input type="checkbox"/> Se laver	
<input type="checkbox"/> Utiliser une aide technique (préciser laquelle) :	
<input type="checkbox"/> Surveillance pour (préciser) :	
L'aidé est plutôt de nature :	
<input type="checkbox"/> Introverti	<input type="checkbox"/> Extraverti
<input type="checkbox"/> Calme	<input type="checkbox"/> Actif
<input type="checkbox"/> Agressif	<input type="checkbox"/> Inactif
<input type="checkbox"/> Angoissé/anxieux	
Intérêts :	
<input type="checkbox"/> Lecture : <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Romans <input type="checkbox"/> Biographies <input type="checkbox"/> Revues <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	
<input type="checkbox"/> Musique (préciser ses styles de musique) :	
<input type="checkbox"/> Télévision (préciser ses émissions habituelles) :	
<input type="checkbox"/> Conversation (préciser ses sujets préférés et les sujets à éviter) :	
<input type="checkbox"/> Sorties : <input type="checkbox"/> Spectacles <input type="checkbox"/> Emplettes <input type="checkbox"/> Bingo <input type="checkbox"/> Autres (préciser le genre de sorties) :	
<input type="checkbox"/> Autres activités : <input type="checkbox"/> Cartes <input type="checkbox"/> Jeux de société <input type="checkbox"/> Mots cachés <input type="checkbox"/> Jeux de mémoire <input type="checkbox"/> Jardinage <input type="checkbox"/> Aime la compagnie des animaux <input type="checkbox"/> Artisanat <input type="checkbox"/> Arts <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
L'aidé a-t-il un animal à la maison? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel ?	

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	
Alimentation	
Appétit :	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Grand
Mets préférés/aliments :	
Mets/aliments moins appréciés :	
Diète spéciale :	<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Faible en sel <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
<input type="checkbox"/> Aliments à éviter (ex. : dû à une difficulté à avaler ou étouffement) :	
<input type="checkbox"/> Restriction liquidienne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de ml/24h ?	
<input type="checkbox"/> Allergies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quoi ?	
<input type="checkbox"/> Intolérances : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle ?	
La personne aidée fume-t-elle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, a-t-elle besoin d'assistance pour fumer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non À quelle fréquence ?	
La personne aidée peut-elle rester seule ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de temps ?	
Faut-il verrouiller : a) Les portes extérieures (errance, fugue) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b) Les armoires de la cuisine et de la salle de bain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Remettre la liste des symptômes cognitifs au besoin concernant certaines particularités ou symptômes de l'aidé.	
L'aidé a-t-il des peurs ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles ?	L'aidé a-t-il une routine particulière pour certaines activités ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles ?

Horaire de la journée

	Repas (préciser repas ou collation)	Sommeil (préciser heure du lever, sieste et heure du coucher)	Heure d'administration de la médication	Soins	Autre	Spécifications
6h						
7h						
8h						
9h						
10h						
11h						
12h						
13h						
14h						
15h						
16h						
17h						
18h						
19h						
20h						
21h						
22h						
23h						

**FICHE DESCRIPTIVE-OUTIL PROFIL
PERSONNE AYANT UNE MALADIE COGNITIVE**

(À REMETTRE AUX POLICIERS LORS D'UNE DISPARITION DE L'AIDÉ)

Société Alzheimer

FICHE SIGNALÉTIQUE

Remplir le pdf et l'envoyer par courriel à info@alzheimermvp.com
ou imprimer et faire parvenir la fiche à l'adresse suivante :

Société Alzheimer des Maskoutains – Vallée des Patriotes
2270, avenue Mailhot, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4G3
450 768-6616 poste 221 / alzheimermvp.com

Joindre une photo récente

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE MALADIE COGNITIVE

Nom, prénom: Date de naissance:
Langue(s) parlée(s): Num. de carte d'assurance-maladie:
Adresse actuelle de la personne
Rue: Ville et code postal:
Nom de la résidence (si applicable):

DESCRIPTION PHYSIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ

Sexe: féminin masculin Taille: Poids:
Couleur des yeux: Couleur des cheveux: Cheveux (détails):
La personne porte des lunettes: oui non
Fiche dentaire disponible: oui non
Nom du dentiste: Téléphone:
La personne a des difficultés à entendre : oui non
Si oui, la personne porte-t-elle un appareil auditif? oui non
Médicaments indispensables:
Pour quelle(s) maladie(s):

CAPACITÉS COGNITIVES ET PHYSIQUES

	Normales	Déficientes	Absentes	Spécifiez au besoin
Langage				
Orientation spatiale				
Mobilité				
Mémoire				

La personne a-t-elle déjà été portée disparue? oui non
Si oui, à quel endroit a-t-elle été retrouvée?
Si non, indiquez ses endroits favoris (présents et passés):
Anciens lieux de résidence ayant marqué la personne disparue:
Ancien métier ou lieu de travail: Anciens passe-temps ou passions:

Société Alzheimer

FICHE SIGNALÉTIQUE

Remplir le pdf et l'envoyer par courriel à info@alzheimermvp.com
ou imprimer et faire parvenir la fiche à l'adresse suivante :

Société Alzheimer des Maskoutains – Vallée des Patriotes
2270, avenue Mailhot, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4G3
450 768-6616 poste 221 / alzheimermvp.com

Joindre une photo récente

PERSONNES RESSOURCES

Premier contact - nom et prénom : Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. résidence : Cell.: Courriel :

Second contact - nom et prénom : Lien avec la personne :

Adresse :

Tél. résidence : Cell.: Courriel :

- J'autorise la Société Alzheimer des Maskoutains-Vallée des Patriotes à transmettre cette fiche signalétique à la Régie intermunicipale de police Richelieu Saint-Laurent et à la Société Alzheimer de ma région. Le registre de la Régie intermunicipale de police sera utilisé en cas de disparition seulement.
- J'ai joint une photo récente de la personne à l'envoi de cette fiche.
- J'autorise un conseiller aux familles de la Société Alzheimer de ma région à me joindre.
- Je souhaite recevoir par courriel des détails sur les activités de la Société Alzheimer de ma région.

La personne atteinte a-t-elle un représentant légal? Oui Non

Si oui, indiquez le nom du représentant légal :

Nom et prénom (caractères d'imprimerie) : Tél. :

Courriel :

Signature : Signé le :



RÉGIE
INTERMUNICIPALE
DE POLICE RICHÉLIEU
SAINT-LAURENT

Famille
Québec

