

## 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 <sup>E</sup> 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 <sup>r</sup> 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
<b>Pouvoir conduire une voiture</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Guérir ma plaie</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Activités de la vie quotidienne (église, magasinage, fréquenter mes amis ou ma famille)</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Jouer avec mes enfants ou mes petits-enfants</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Éviter l'hospitalisation</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Conserver une vie sexuelle active</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Apprécier une alimentation équilibrée</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Exercice</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Pouvoir travailler</b>	s. o.	1	2	3	4	5
<b>Ne pas ressentir de gêne à cause de ma plaie</b>	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 quadrants by a vertical and a horizontal line. In the center of the circle, there are two curved arrows: one pointing from the top-left quadrant to the top-right quadrant, and another pointing from the bottom-right quadrant to the bottom-left quadrant. Surrounding the circle are four rounded rectangular boxes, one in each quadrant, intended for writing actions. The top-left box is positioned to the left of the top-left quadrant, the top-right box to the right of the top-right quadrant, the bottom-left box to the left of the bottom-left quadrant, and the bottom-right box to the right of the bottom-right quadrant.

## POUR NOUS JOINDRE

---

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

[healthcareathome.ca/northeast](http://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