

# Qualité des services de santé Ontario

*Améliorons notre système de santé*

Le 12 juin 2018

## Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés Version 2.1

**Maillon santé**



Ce guide d'utilisation se veut un outil de référence générale seulement et ne vise pas à fournir des conseils légaux ou professionnels.

## Table des matières

Introduction au guide d'utilisation .....	3
Objectifs du plan de soins coordonnés.....	3
Principes directeurs .....	3
Champs d'information du modèle de PSC .....	4
Entête PSC.....	4
Bas de page PSC .....	4
Mes identifiants .....	5
Ce qui est le plus important pour moi et mes préoccupations .....	8
Mon équipe de soins.....	8
Consentement des soins de santé et Planification préalable des soins .....	10
Ma santé .....	11
Davantage à mon sujet .....	11
Mes objectifs et plan d'action.....	15
Coordination des médicaments .....	16
Mes allergies .....	17
Annexes.....	17
Annexes du PSC.....	17
Liste des médicaments.....	17
Mais évaluation santé .....	18
Ma plus récente visite à l'hôpital.....	19
Approche palliative aux soins .....	20
Annexe .....	22

## Introduction au guide d'utilisation

Ce document décrit la façon dont doit être utilisé le modèle de plan de soins coordonnés (PSC) et l'objectif de chaque champ d'information individuel faisant partie du PSC. Un « utilisateur » du PSC pourrait être un fournisseur qui documente le plan, un clinicien qui examine le plan, et le patient ou son subrogé. Dans tous les cas, l'utilisateur - et non QSSO - est responsable de s'assurer que le modèle est utilisé en accord avec toutes les lois applicables, y compris celles relatives à la vie privée et au consentement aux soins de santé. Qualité des services de santé Ontario n'est pas responsable pour les pertes, les réclamations, les dommages ou les frais survenant à toute personne ou entité, relativement à l'utilisation de ce formulaire ou à la fiabilité de son contenu. Les utilisateurs devraient obtenir un consentement légal indépendant. Les descriptions dans ce guide permettent aux utilisateurs de développer une compréhension commune sur la façon de remplir le modèle, de sorte que les PSC puissent être utilisés de façon uniforme et fiable en contexte clinique.

## Objectifs du plan de soins coordonnés

Les plans de soins coordonnés ont évolué pour devenir un outil de communication pour les patients, leurs familles/les aidantes et les aidants, ainsi que les fournisseurs. Après avoir été des plans de soins détaillés, ils visent maintenant à simplifier les approches coordonnées et collaboratives en vue de répondre aux objectifs du patient et à appuyer les soins holistiques dans les différents programmes, organisations et secteurs. Il s'agit d'un document évolutif, qui exige un examen régulier et des mises à jour requises par les changements de statut du patient.

## Principes directeurs

Les principes directeurs suivants visent à favoriser le recours uniforme aux PSC :

- Le PSC reflète les valeurs, croyances, objectifs, besoins et préférences du patient, dans une perspective holistique.
- Chaque PSC est élaboré en collaboration entre les fournisseurs, les patients, le personnel soignant, ainsi que les subrogés, selon le cas.
- Les plans de soins coordonnés sont fondés sur les données probantes actuelles et le recours aux lignes directrices cliniques généralement acceptées.
- Le PSC possède des composants de base ainsi que des modules optionnels dans les annexes.
- Le PSC est rédigé dans une langue claire et accessible aux patients, dans la mesure du possible.
- Le patient reçoit une copie du PSC ou il a accès à l'information contenue dans le plan.
- Les plans de soins coordonnés sont accessibles aux cercles de soins dans tous les milieux où les soins peuvent être fournis. Le patient peut déterminer qui a spécifiquement besoin d'une copie ou d'avoir accès au PSC.
- Les plans de soins coordonnés sont activement maintenus, en accord avec les pratiques établies par chaque maillon santé par tous les intervenants du cercle de soins. Il s'agit d'un document évolutif qui requiert des révisions, ainsi que la transmission de ces révisions.
- Chaque utilisateur, fournisseur de soins de santé ou organisation, selon le cas, est responsable d'obtenir tous les consentements requis des patients ou de leurs subrogés, tel que requis par la loi et pour obtenir une orientation locale au besoin.
- Le fournisseur de soins de santé qui remplit le formulaire doit se conformer à toutes les lois applicables, y compris celles relatives à la vie privée et au consentement aux soins de santé

## Champs d'information du modèle de PSC

Ce guide s'applique à la version 2 du modèle de PSC.

### Entête PSC

Cette section identifie chaque page du PSC avec le nom du patient, le nom de la dernière personne à avoir remis à jour le PSC, ainsi que la date associée de ladite mise à jour.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Nom du patient</b>	Nom complet du patient	Texte libre	
<b>Dernière mise à jour par</b>	Le nom de la personne ayant fait la dernière mise à jour du PSC	Texte libre	
<b>Date de la dernière mise à jour :</b>	Date de la dernière mise à jour du PSC	Utiliser le format AAAA-MM-JJ	

### Bas de page PSC

Cette section comporte une note confidentielle et de l'information sur l'impression des documents.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Copie – Document confidentiel, à détruire de façon sécuritaire</b>			
<b>Date d'impression</b>	Date d'impression du PSC	Utiliser le format AAAA-MM-JJ	
<b>Imprimé par</b>	Nom de la personne ayant imprimé le PSC	Texte libre	
<b>Page</b>	Numérotation des pages	Automatique	

## Mes identifiants

Cette section aide à déterminer l'identité du patient en fournissant des informations de base à son sujet (par ex. nom, date de naissance, adresse, etc.). De même, elle précise des accommodements en vue d'assurer des communications efficaces.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Prénom</b>	Prénom du patient	Texte libre	
<b>Prénom d'usage</b>	Le nom par lequel le patient préfère être identifié	Texte libre	<i>Préférez-vous être appelé par un nom différent?</i>
<b>Nom de famille</b>	Le nom de famille du patient	Texte libre	<i>Quel est votre nom de famille?</i>
<b>Date de naissance</b>	La date de naissance du patient	Utiliser le format AAAA-MM-JJ	
<b>Sexe</b>	Le sexe du patient	Texte libre	
<b>Pronom de préférence</b>	Le pronom de préférence du patient	Texte libre	<i>Quel pronom devons-nous utiliser avec vous?</i>
<b>Adresse</b>	L'adresse de résidence principale du patient	Texte libre	
<b>Ville</b>	La ville de résidence principale du patient	Texte libre	
<b>Province</b>	La province de résidence principale du patient	Menu déroulant	
Options			
ALB	Alberta		
C.-B.	Colombie-Britannique		
MAN	Manitoba		
N.-B.	Nouveau-Brunswick		
TN	Terre-Neuve		
T.N.-O.	Territoires du Nord-Ouest		
N.-É	Nouvelle-Écosse		
NU	Nunavut		
ONT	Ontario		
Î.-P.-É	Île-du-Prince-Édouard		
QC	Québec		
SASK	Saskatchewan		
YN	Yukon		
Autre	Autre		

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Code postal</b>	Le code postal de la résidence primaire du patient	Format standard en six caractères	
<b>Numéro de carte Santé</b>	Le numéro de la carte Santé du patient	Texte libre	
<b>Émis par</b>	La province ou la carte Santé a été émise	Menu déroulant	
<b>Options</b>	<b>Description</b>		
ALB	Alberta		
C.-B.	Colombie-Britannique		
MAN	Manitoba		
N.-B.	Nouveau-Brunswick		
TN	Terre-Neuve		
T.N.-O.	Territoires du Nord-Ouest		
N.-É	Nouvelle-Écosse		
NU	Nunavut		
ONT	Ontario		
Î.-P.-É	Île-du-Prince-Édouard		
QC	Québec		
SASK	Saskatchewan		
YN	Yukon		
Non assuré	Le patient n'est pas couvert par un régime d'assurance		
Autre assurance	Le patient est couvert par le régime d'assurance alternatif		
Ne sait pas	Le patient est incertain de sa couverture		
Refuse de répondre	Le patient refuse de répondre		
<b>Ascendance/culture</b>	L'ascendance/la culture du patient	Texte libre	
<b>S'identifie comme member des Premières Nations, Métis ou Inuit?</b>	Si le patient s'identifie ou non comme member des Premières Nations, Métis ou Inuit	Menu déroulant : Oui, Non, Ne sait pas, Refuse de répondre	

<b>Si « oui », préciser la Première Nation?</b>	La nation à laquelle le patient s'identifie	Texte libre	
<b>Langue dans laquelle vous êtes le plus à l'aise</b>	La langue dans laquelle le patient est le plus à l'aise	Texte libre	
<b>Accommodements de communication</b>	Les accommodements du patient pour l'ouïe, la vision, la parole, l'apprentissage, la langue et le développement	Texte libre	<i>Comment pouvons-nous vous aider à communiquer sur votre santé? Avez-vous besoin d'accommodements?</i>

### Ce qui est le plus important pour moi et mes préoccupations

Cette section vise à faire porter les conversations subséquentes avec les patients sur leurs priorités et leurs préoccupations. Les priorités et les préoccupations identifiées ne se limitent pas à leur santé personnelle. L'information identifiée ici devrait servir à mettre en contexte l'information sur la santé et sociale qui est recueillie dans les sections subséquentes, et appliquées au plan d'action à la fin.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Ce qui est le plus important pour moi à l'heure actuelle</b>	La priorité la plus importante du patient, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte de sa santé	Texte libre	<i>Dans votre vie en général, qu'est-ce qui est le plus important pour vous? Peut concerner ou non la santé. Quelles parties de la journée vous intéressent davantage? Qu'est-ce qui est vraiment important pour vous et votre famille?</i>
<b>Ce qui me préoccupe le plus présentement concernant mes soins de santé</b>	La plus grande préoccupation du patient dans le contexte de sa santé	Texte libre	<i>Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus sur l'état de vos soins de santé?</i>

### Mon équipe de soins

Cette section porte sur les membres de l'équipe soignante du patient, y compris les fournisseurs cliniques et les fournisseurs de services, ainsi que les aidantes et les aidants (des membres de la famille ou des amis qui aident le patient avec ses soins de santé), et fournit des informations décrivant le rôle de chaque membre au sein de l'équipe soignante.

Dans la mesure du possible, fournir les noms individuels; si les noms individuels ne sont pas fournis, indiquer le nom de l'organisation (par exemple, une pharmacie au détail). Dans cette section, inclure les spécialistes actifs, les cliniques podiatriques, les cliniques de la vue, les équipes dentaires, les fournisseurs de services communautaires, ainsi que les aidantes et les aidants non identifiés comme subrogés.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Coordonnateur</b>	Le prénom et nom de famille, ainsi que le numéro de téléphone du fournisseur qui est le principal point de contact. Cette personne coordonne les soins et maintient le plan de soins à jour.	Texte libre	



Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Nom du membre de l'équipe</b>	Prénom et nom de famille du membre de l'équipe	Texte libre	
<b>Rôle</b>	Le rôle professionnel ou les rapports du membre de l'équipe soignante avec le patient.	Texte libre	
<b>Organisation</b>	Le cas échéant, l'organisation à laquelle le membre de l'équipe de soins est affilié	Texte libre	
<b>Coordonnées - principales</b>	Le numéro de téléphone principal du membre de l'équipe de soins	Utiliser le format XXX-XXX-XXXX	
<b>Coordonnées - secondaires</b>	Les coordonnées secondaires du membre de l'équipe de soins (par ex. numéro de télécopieur ou de téléphone)	Texte libre	
<b>Partager plans de soins coordonnés?</b>	<p>Le patient doit décider si le PSC doit être partagé avec des fournisseurs de soins ou le personnel soignant associé. Le patient peut fournir une copie du PSC à toute personne de son choix.</p> <p>S'assurer d'obtenir du patient ou du subrogé (et en vertu de la <i>Loi relative à la politique de santé publique</i>) tous les consentements nécessaires pour recueillir, utiliser et divulguer les informations personnelles de santé du patient. Si vous partagez le PSC, s'assurer d'avoir l'autorité légale appropriée pour le divulguer en vertu de la <i>Loi relative à la politique de santé publique</i>.</p>	<p>Menu déroulant : Oui, Non, ou espace vide</p> <p><i>Un espace vide signifie « ne sait pas » et devrait être clarifié avec le patient</i></p>	<p><i>Avec lequel des membres de l'équipe identifiée aimeriez-vous que je partage ce plan?</i></p> <p><i>Croyez-vous que vous allez partager ce plan avec votre famille/vos aidantes et aidants?</i></p>

## Consentement des soins de santé et Planification préalable des soins

Lorsque le patient est incapable de fournir son consentement, voici la liste des subrogés pour leurs soins de santé, leur relation avec le patient et leurs coordonnées.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Remarque : S'assurer d'avoir obtenu du patient ou du subrogé tous les consentements nécessaires pour le traitement, tel que requis par la loi.</b>			
<b>Nom</b>	Le nom complet (prénom et nom de famille) du subrogé.	Texte libre	
<b>Relation</b>	Sa relation au patient	Texte libre	
<b>Type de subrogé</b>	Lorsque le subrogé identifié est sur la liste hiérarchique, selon la législation applicable	Texte libre	
	<p>En vertu de la <i>Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé</i>, un subrogé doit occuper le rang le plus élevé et répondre à toutes les exigences statutaires afin de consentir ou refuser de consentir au traitement, au nom d'une personne considérée comme incapable.</p> <p>La hiérarchie des personnes qui peuvent donner ou refuser leur consentement au traitement est définie dans la <i>Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé</i>, comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tuteur à la personne, avec l'autorité de prendre les décisions de traitement</li> <li>2. Procuration pour soins personnels, avec l'autorité de prendre les décisions de traitement</li> <li>3. Représentant nommé par la Commission du consentement et de la capacité, avec l'autorité de prendre les décisions de traitement</li> </ol>		

	<p>4. Conjoint(e) ou partenaire</p> <p>5. Enfant ou parent ou Société d'aide à l'enfance ou autre personne autorisée par la loi à prendre des décisions de traitement au lieu du parent</p> <p>6. Parent ayant seulement un droit de visite</p> <p>7. Frère ou sœur</p> <p>8. Tout autre parent</p> <p>9. Bureau du Tuteur et curateur public</p>	
<b>Coordonnées— Numéro de téléphone principal</b>	Le numéro de téléphone principal dans la liste de coordonnées ci-dessus, comme étant la première personne à appeler pour obtenir le consentement en cas d'incapacité	Texte libre
<b>Coordonnées— Numéro de téléphone secondaire</b>	Le numéro de téléphone secondaire pour la liste des coordonnées ci-dessus	Texte libre
<b>J'ai fait part de mes souhaits, valeurs, et croyances à mon futur subrogé, en ce qui concerne mes soins de santé futurs</b>	Le patient confirme qu'il a informé son subrogé de ses souhaits, de ses valeurs et de ses croyances, lorsqu'il sera incapable de prendre ses propres décisions.	Menu déroulant :
<b>Options</b>	<b>Description</b>	
Oui	Le patient a informé son subrogé.	
Non	Le patient n'a pas informé son subrogé.	
Incertain	Le patient n'est pas certain d'avoir informé son subrogé.	
<b>Remarque :</b> Si le patient répond « non » à la question « J'ai fait part de mes souhaits, valeurs, et croyances à mon futur subrogé, en ce qui concerne mes soins de santé futurs? » fournir des ressources de planification préalable des soins approuvées par la province (par ex. le Manuel sur la planification préalable des soins « Parlons-en » - version ontarienne ou l'information sur le site Web <a href="http://www.speakupontario.ca">www.speakupontario.ca</a> )		

## Ma santé

Cette section sert à inscrire les différentes conditions, problèmes ou diagnostics qui peuvent nuire à la santé du patient. Ceci peut inclure des problèmes de santé physique et mentale, ou de dépendance (tels que le tabac, l'alcool, les drogues ou le jeu). Cette section énumère les problèmes en détail, y compris leur apparition et les considérations.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Problèmes</b>	Décrire la condition, le problème et le diagnostic que le patient identifie dans le cadre de la discussion sur les défis posés par sa santé  Utiliser une ligne pour chaque condition identifiée. Ces conditions peuvent être d'ordre physique ou psychologique.	Texte libre	<i>Avez-vous des problèmes de santé?</i>  <i>Quel type d'activité faites-vous chaque jour? Avez-vous de la difficulté à faire ces activités? Quels sont vos diagnostics actuels?</i>
<b>Détails (première manifestation, considérations)</b>	Énumérer les antécédents cliniques et les traitements actuellement en place pour chaque condition ou problème identifié, ainsi que la date d'apparition (si connue).	Texte libre	<i>Parlez-moi de l'évolution de ce diagnostic/ de cette condition.</i>  <i>À quand remonte le diagnostic? Quels tests ou procédures avez-vous subis?</i>

## Davantage à mon sujet

Cette section capture les déterminants sociaux et autres facteurs pouvant influencer la coordination des soins et de la santé. Les données doivent porter sur l'effet de l'information sur la santé et les soins du patient, et non pas sur l'information elle-même (p. ex., l'impact sur le revenu, et non pas le revenu lui-même).

Afin de favoriser la discussion, un scénario suggéré est fourni ci-dessous :

« Nous savons maintenant que la santé sociale est aussi importante pour le bien-être des gens que leur santé physique et mentale. La santé sociale inclut notamment le transport, le revenu, la sécurité alimentaire ainsi que le soutien social. Ce qui rend ce plan de soins unique, c'est aussi que nous examinons cette information afin de favoriser l'ensemble de vos besoins de santé. Dans cette section, nous allons voir certains de ces déterminants sociaux pour la santé, ainsi que d'autres facteurs pouvant influencer la coordination de votre santé et des soins.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Revenu</b>	<p>Si le revenu du patient est adéquat pour sa santé.</p> <p>Si le patient indique que son revenu est une préoccupation, revoir alors sa situation actuelle et ses sources de revenus. Faire ressortir les sources possibles pour un suivi. Voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime de pensions du Canada (RPC)</li> <li>• Sécurité de la vieillesse</li> <li>• Supplément de revenu garanti</li> <li>• Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada</li> <li>• Prestations aux anciens combattants</li> <li>• Régime de revenu annuel garanti de l'Ontario (RRAG)</li> <li>• Ontario au travail</li> <li>• Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)</li> <li>• Prestations Trillium</li> <li>• Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)</li> <li>• Services de santé non assurés (SSNA)</li> <li>• Certificat de statut d'Indien</li> <li>• Services particuliers à domicile</li> <li>• Assurance privée</li> <li>• Pension d'employé</li> </ul>	Texte libre	<p><i>Avez-vous de la difficulté à boucler votre budget mensuel?</i></p> <p>Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas pouvoir remplir votre ordonnance, de ne pas pouvoir obtenir de rendez-vous médical en raison des coûts de transport, ou de ne pas pouvoir acheter votre nourriture?</p> <p><i>Si le patient a de la difficulté à boucler son budget mensuel, informez-vous sur ses sources de revenus. « Je n'ai pas besoin de connaître vos revenus, mais seulement vos sources de revenus, pour voir si d'autres ressources sont disponibles. »</i></p>
<b>Emploi</b>	<p>Dans quel domaine le patient travaille-t-il présentement (ou a travaillé par le passé)? Existe-t-il un lien avec ses conditions de santé actuelle (si tel est le cas)</p>	Texte libre	<p><i>Avez-vous travaillé par le passé? Si oui, dans quel genre de travail? Pouvez-vous m'en parler?</i></p>

<b>Logement</b>	Quelle est la situation de logement actuelle du patient? Son logement est-il sécuritaire, abordable, accessible et stable? Est-ce que d'autres personnes ou des animaux dépendent de ce patient?	Texte libre	<p><i>Vivez-vous avec d'autres personnes ou des animaux qui dépendent de vous?</i></p> <p><i>Depuis combien de temps habitez-vous à cet endroit?</i></p> <p><i>Pouvez-vous facilement vous déplacer partout dans la maison, ou est-ce difficile à certains endroits?</i></p> <p><i>Vous sentez-vous en sécurité?</i></p> <p><i>Est-ce que le coût de cet endroit est raisonnable?</i></p>
<b>Transport</b>	La méthode actuelle de transport, et s'il y existe des difficultés de transport pour aller à des rendez-vous ou au travail.	Texte libre	<p><i>Comment allez-vous et revenez-vous de vos rendez-vous? Trouvez-vous que c'est la bonne solution, si l'on tient compte du coût, de la disponibilité de l'aidant naturel et de vos capacités physiques à vous rendre à vos rendez-vous?</i></p>
<b>Sécurité alimentaire</b>	Décrivez la capacité du patient à obtenir de la nourriture à prix abordable et sa connaissance de saines habitudes alimentaires.	Texte libre	<p><i>Comment faites-vous votre épicerie? Comment préparez-vous vos repas?</i></p> <p><i>Croyez-vous que votre alimentation favorise votre santé? Mangez-vous les bons aliments pour favoriser votre santé?</i></p> <p><i>Avez-vous déjà eu recours à une banque alimentaire? Si oui, à quel endroit et à quelle fréquence?</i></p>
<b>Réseau social</b>	Décrivez le genre d'activités sociales auxquelles le patient participe chaque jour, chaque semaine ou chaque mois, soit dans la collectivité ou avec la famille et les amis.	Texte libre	<p><i>Durant la période où vous vous sentiez mieux, quel genre d'activité faisiez-vous?</i></p> <p><i>Qui voyez-vous le plus souvent? Êtes-vous marié(e)? Si oui, depuis combien d'années? Vous sentez-vous en sécurité avec votre partenaire/ aidant naturel/ groupe de soutien</i></p> <p><i>Que faites-vous pendant la journée?</i></p> <p><i>Sortez-vous souvent de la maison?</i></p>

			<p><i>Où aimez-vous aller? Êtes-vous en mesure de sortir chaque jour, même seulement quelques minutes?</i></p> <p><i>Avez-vous des événements très attendus qui surviennent cette année?</i></p> <p><i>Vous sentez-vous seul(e) parfois?</i></p>
<b>Connaissances en santé</b>	Décrivez le niveau de compréhension du patient à lire du matériel, ainsi que sa capacité à remplir des formulaires nécessaires pour sa santé	Texte libre	<p><i>Comprenez-vous votre diagnostic, votre plan de traitement et le pronostic?</i></p> <p><i>Avez-vous l'impression de bien lire et de bien comprendre l'information sur votre santé?</i></p> <p><i>Dans quelle mesure êtes-vous capable de remplir les formulaires sur les services de santé ou d'information sur votre santé?</i></p>
<b>Nouveau arrivant au Canada</b>	Décrivez si le patient est un nouveau arrivant au Canada.	Texte libre	<p><i>Êtes-vous né(e) dans ce pays?</i></p> <p><i>Si non, depuis combien de temps êtes-vous au Canada?</i></p>
<b>Légal</b>	Décrivez si le patient a besoin de ressources juridiques	Texte libre	<p><i>Avez-vous des problèmes juridiques qui nuisent à votre santé? Par exemple, des formulaires gouvernementaux (impôts, carte santé ou numéro d'assurance sociale), ou des ennuis avec la police.</i></p>
<b>Affiliation spirituelle</b>	Décrivez les préférences spirituelles du patient	Texte libre	<p><i>Quelle est votre affiliation/ votre préférence spirituelle?</i></p>
<b>Problèmes avec les aidants</b>	Décrivez si le patient croit que ses aidants auraient besoin d'un soutien.		<p><i>Trouvez-vous que votre aidant est stressé? Pouvons-nous faire quelque chose pour les aider?</i></p> <p><i>Vous sentez-vous en sécurité chez vous, et avec votre aidant?</i></p>
<b>Rangée vide</b>	Décrivez les autres points pouvant avoir un impact sur la santé ou le bien-être du patient, selon son opinion.	Texte libre	<p><i>Aimeriez-vous me parler d'autres choses dont nous n'avons pas discuté?</i></p>

## Mes objectifs et plan d'action

Cette section énumère les objectifs actuels du patient, ainsi que le plan d'action concernant ces objectifs.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Ce que j'espère accomplir</b>	Décrivez les objectifs identifiés du patient. Cette conversation devrait se dérouler après avoir complété la section précédente, qui devrait identifier les aspects où le patient a besoin d'assistance, soit pour sa santé ou pour les déterminants sociaux de sa santé.	Texte libre	<i>Quelles sont vos trois grandes priorités?</i>
<b>Ce que nous pouvons faire pour atteindre mes objectifs</b>	Les actions que l'équipe de soins prendra pour atteindre ces objectifs.  Énumérez les mesures de suivi proactif.	Texte libre	<i>Quelles sont les mesures que nous pouvons prendre pour atteindre cet objectif?</i>  Est-ce que d'autres personnes ou services devraient faire partie de votre équipe de soins? Avez-vous de bons rapports avec les membres de votre équipe de soins?
<b>Détails</b>	Décrivez comment les obstacles sont surmontés	Texte libre	
<b>Qui sera responsable</b>	Les noms des membres de l'équipe de soins responsables de compléter les actions décrites	Texte libre	<i>De qui souhaitez-vous obtenir de l'aide pour atteindre l'objectif?</i>
Date de l'établissement de l'objectif	Décrivez l'identification initiale de l'objectif	Utiliser le format AAAA-MMM-JJ	



## Coordination des médicaments

Cette section sert à inscrire les composantes du soutien de l'organisation des médicaments, comme les contacts pour les médicaments, le bilan comparatif des médicaments et comment le patient surmonte les défis pour prendre ses médicaments. Cette section rappelle aussi au fournisseur que - s'il est plus approprié de le faire - une liste de médicaments peut être annexée, ou la liste des médicaments en annexe peut être remplie.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Source la plus fiable pour la liste des médicaments (par exemple, prescripteur primaire, superviseur des médicaments, membre de la famille)</b>	Décrivez qui est la source d'information la plus fiable concernant les médicaments du patient (par exemple le patient, un membre de sa famille, un fournisseur de soins primaires, ou la pharmacie locale).	Texte libre	<i>Qui prescrit vos médicaments?</i>
<b>Les aides utilisées pour m'aider à prendre mes médicaments</b>	Décrivez toute aide que le patient utilise pour prendre ses médicaments.	Menu déroulant	
<b>Options</b>	Description		
<b>Emballage-coque Pilulier</b>			
<b>Si quelqu'un vous aide à prendre vos médicaments, qui est- ce?</b>	Énumérer les noms des personnes qui aident le patient avec l'administration, le ramassage ou la livraison des médicaments	Texte libre	<i>Est-ce que quelqu'un vous aide à prendre vos médicaments?</i>
<b>Les défis pour prendre mes médicaments</b>	Décrivez des défis que doit surmonter le patient pour prendre ses médicaments, y compris les obstacles physiques ou financiers.	Texte libre	<i>Avez-vous de la difficulté à prendre vos médicaments? Pouvez-vous payer les médicaments et les frais d'ordonnance?</i>

## Mes allergies

Cette section sert à inscrire les allergènes et les symptômes allergiques du patient.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Aucune allergie connue</b>	Si sélectionné, il indique que le patient n'a aucune allergie connue.	Cocher la case	
<b>À quoi êtes-vous allergique ou intolérant?</b>	Le cas échéant, énumérez les allergies ou les intolérances du patient	Texte libre	
<b>Qu'est-ce qui se passe? Quels sont vos symptômes?</b>	Le cas échéant, décrivez les signes et les symptômes du patient exposé à des allergies et à des intolérances	Texte libre	

## Annexes

Le plan de soins possède des options modulaires et cette section sert à inscrire quelles annexes sont incluses dans le plan de soins.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Liste des médicaments</b>	Voir la section ci-dessous	Texte libre	
<b>Mes évaluations de santé</b>	Voir la section ci-dessous	Cocher la case	
<b>Plus récente visite à l'hôpital</b>	Voir la section ci-dessous	Cocher la case	
<b>Approche palliative aux soins</b>	Voir la section ci-dessous	Cocher la case	

## Annexes du PSC

Quatre annexes ont été ajoutées à cette version du PSC. Elles visent à être modulaires et ne sont pas nécessairement toutes utilisées pour tous les patients. Il revient au fournisseur, qui est informé par le patient/l'aidant, de déterminer quelles annexes, le cas échéant, sont nécessaires pour coordonner les soins de chaque patient.

### Liste des médicaments

Cette section énumère les médicaments pris à l'heure actuelle, en apportant des précisions comme le nom du médicament, la méthode d'administration, la pharmacie qui fournit le médicament et le nom du prescripteur. Les dates de début et de changement créent une chronologie pour la prise de médicament par le patient, ainsi que des changements pouvant survenir avec le temps. Remarque : il est recommandé d'obtenir le bilan comparatif des médicaments le plus récent du fournisseur/ de la source (par ex. la pharmacie, l'hôpital, les soins primaires), où il a été complété le plus récemment.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Exemple ou questions clés
<b>Médicaments</b>	Le nom générique ou commercial du médicament, identifié par le patient ou fourni sur une liste.	Texte libre	
<b>Pourquoi je le prends</b>	Décrivez pourquoi le médicament est pris, tant du point de vue du patient que celui du prescripteur	Texte libre	
<b>Posologie</b>	La puissance ou la dose du médicament	Texte libre	
<b>À quelle fréquence je prends ce médicament</b>	Décrivez à quelle fréquence le médicament est pris.	Texte libre	
<b>Qui a prescrit le médicament?</b>	Nom du fournisseur	Texte libre	
<b>Quand ai-je commencé à prendre ce médicament?</b>	Décrire quand le patient se souvient d'avoir commencé à prendre son médicament.	Utiliser le format AAAA-MM-JJ	
<b>Prescripteur</b>	Décrire qui a prescrit le médicament	Texte libre	
<b>Remarques</b>	Décrire toute autre information fournie par le patient ou le prescripteur, selon les circonstances.	Texte libre	

### Mais évaluation santé

Cette section énumère les évaluations santé complétées, ainsi que les notes pouvant aider à informer sur le plan de soins.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Type et nom de l'évaluation</b>	Le nom et le type de l'évaluation particulière effectuée pour le patient.	Texte libre	
<b>Date de complétion</b>	La date à laquelle cette évaluation la plus récente a été réalisée	Utiliser le format AAAA-MMM-JJ	
<b>Remarques</b>	Quelle information obtenue de l'évaluation peut servir à l'élaboration du plan d'action?	Texte libre	

### Ma plus récente visite à l'hôpital

Cette section sert à présenter de l'information sur la plus récente admission du patient à l'hôpital ou sur sa plus récente visite à l'urgence. Cette section capture le nom de l'hôpital et les détails de la visite.

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>Nom de l'hôpital</b>	Le nom de l'hôpital où le patient s'est rendu le plus récemment à l'urgence ou fut admis (non destiné à capturer les patients à l'externe)	Texte libre	
<b>Date de la visite</b>	La date à laquelle la visite a commencé	Utiliser le format AAAA-MM-JJ	
<b>Raison de la visite</b>	Description simple de la raison de la visite	Texte libre	
<b>Description de la visite</b>	Le patient a-t-il été admis à l'hôpital ou examiné à l'urgence puis renvoyé à la maison.	Cocher la case appropriée : « De l'urgence à la maison » ou « De l'urgence à l'unité d'admission à l'hôpital »	
<b>Date de congé</b>	Date à laquelle le patient a reçu son congé de l'hôpital	Utiliser le format AAAA-MM-JJ	
<b>Durée du séjour</b>	Le nombre total de jours d'hospitalisation du patient	Texte libre	
<b>Commentaires</b>	Identifier tout changement de statut du patient à l'hôpital qui pourrait nuire, à lui ou à son équipe de soins, après son congé de l'hôpital.	Texte libre	<i>Est-ce que le séjour à l'hôpital a nui au progrès de vos objectifs?</i>

## Approche palliative aux soins

Cette section vise à personnaliser l'approche palliative aux soins du patient

Champ d'information	Ce qu'il veut capturer	Comment le remplir	Questions clés
<b>La personne principalement responsable de mes soins palliatifs</b>	La (les) personne(s) surtout responsable(s) des soins palliatifs du patient. Cette personne peut être différente du coordonnateur identifié à la section <i>Mon équipe de soins</i> . Il peut s'agir à la fois d'un membre de la famille et d'un fournisseur.	Texte libre	<i>Qui vous aide à coordonner les soins palliatifs à la maison? Votre représentant?</i>  <i>Quel fournisseur vous aide à coordonner le soutien aux soins palliatifs?</i>
<b>Plan de soutien physique - symptômes</b>	Décrivez les symptômes du patient avec la douleur, l'essoufflement, la constipation, les nausées et les vomissements, la fatigue, la perte d'appétit et la somnolence, ainsi que les mesures associées à la prise en charge de ces symptômes.	Texte libre (un choix par rangée)	<i>Comment vous sentez-vous sur le plan physique?</i>
<b>Plan de soutien physique - traitements</b>	Décrivez les traitements en place pour soutenir le patient avec la prise en charge de la douleur, l'essoufflement, la constipation, les nausées et vomissements, la fatigue, l'appétit et la somnolence	Texte libre	<i>Discuter des options de soutien et des préférences du patient.</i>
<b>Plan de soutien physique - commentaires</b>	Décrivez toute information pouvant influencer le traitement du patient pour la douleur, l'essoufflement, la constipation, les nausées et vomissements, la fatigue, la perte d'appétit et la somnolence	Texte libre	<i>Que préférez-vous? Qu'est-ce qui fonctionne pour vous?</i>
<b>Plan de soutien psychologique - symptômes</b>	Décrivez les symptômes subis par le patient pendant qu'il est émotionnel, anxieux, déprimé, effrayé et dominateur.	Texte libre	<i>Comment vous sentez-vous sur le plan émotionnel?</i>

<b>Champ d'information</b>	<b>Ce qu'il veut capturer</b>	<b>Comment le remplir</b>	<b>Questions clés</b>
<b>Plan de soutien psychologique - traitement</b>	Décrivez les plans de soins en place pour aider le patient souffrant d'anxiété, de dépression, de problèmes d'autonomie, de peur, de contrôle et de faible estime de soi.	Texte libre	<i>Discuter des options de soutien et les préférences du patient.</i>
<b>Plan de soutien psychologique - commentaires</b>	Décrivez toute information pouvant influencer le traitement du patient souffrant d'anxiété, de dépression, de problèmes d'autonomie, de peur, de contrôle et de faible estime de soi.	Texte libre	<i>Que préférez-vous? Qu'est-ce qui fonctionne pour vous?</i>
<b>Plan de soutien social</b>	Décrivez les relations du patient avec la famille, les aidants, les bénévoles, l'environnement, les finances et le légal.	Texte libre	<i>Sur quel soutien de la famille/des amis pouvez-vous compter?</i>
<b>Plan de soutien spirituel</b>	Décrivez le plan de soutien spirituel du patient.	Texte libre	<i>Faites-vous partie d'un groupe religieux ou spirituel qui se réunit régulièrement? Voulez-vous que nous contactions quelqu'un dans ce groupe pour vous fournir du soutien?</i>
<b>Lieu de décès souhaité</b>	Identifier le lieu préféré du patient pour le décès.	Texte libre	<i>Avez-vous discuté de l'endroit où vous désirez mourir?</i>
<b>Soutien dans le deuil</b>	Le cas échéant, identifier le plan de soutien dans le deuil du patient.	Texte libre	<i>Comment faites-vous face au chagrin? Comment le fait votre famille?</i>
<b>Autre</b>	Décrivez tout soutien additionnel		

## Annexe

Voici un exemple de PSC complété.

# Maillon santé

### Plan de soins coordonnés de Robert Franklin

Dernière mise à jour par : Debbie Smith

Date de la dernière mise à jour : 31-05-2017

**Remarque : Ce modèle est conçu pour être complété conjointement avec le guide d'utilisation du plan de soins coordonnés.**

#### Mes identifiants

Prénom du patient : <b>Robert</b>	Prénom d'usage <b>Robert</b>	Nom de famille : <b>Franklin</b>
Date de naissance : <b>23-02-1927</b>	Sexe : Masculin	Pronom de préférence : <b>Il</b>
Adresse : <b>Maison de retraite, rue Principale, Appart. 4a</b>		
Ville : <b>MaVille</b>	Province : <b>ONT</b>	Code postal : <b>M5V 8B2</b>
Numéro de téléphone : <b>647-555-5555</b>	Autre numéro de téléphone :	
Numéro de carte Santé : <b>11111111 RV</b>	Émis par : <b>ONT</b>	Ascendance/culture : <b>Canadienne</b>
Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations, Métis ou Inuit? <b>Non</b>		Si « oui », précisez la Première Nation :
Langue préférée : <b>Anglais</b>	Accommodement de communication : <b>Aveugle de l'œil gauche; porte des lunettes</b>	

#### Ce qui est le plus important pour moi et mes préoccupations

Qu'est-ce qui est le plus important pour moi à l'heure actuelle : **Ma famille**

Ce qui me préoccupe le plus présentement concernant mes soins de santé : **La douleur intermittente.**

#### Mon équipe de soins (incluant famille/aidants/fournisseurs de soins)

Coordonnateur (à informer si patient hospitalisé)		Nom : <b>Debbie Smith</b>	Numéro de téléphone : <b>647-555-5550</b>		
Nom du membre de l'équipe	Rôle	Organisation	Coordonnées		Plan de soins coordonnés partagé
			Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire	
<b>D<sup>re</sup> Monica Mills</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>MaVille</b>	<b>647-555-9675</b>		<b>Oui</b>
<b>Margaret Franklin</b>	<b>Épouse</b>	<b>S.O.</b>	<b>647-555-5555</b>		<b>Oui</b>
<b>Rebecca Franklin</b>	<b>Fille</b>		<b>647-555-3333</b>		
<b>William Phillips</b>	<b>Travailleur social</b>	<b>MaVille</b>	<b>647-555-9675</b>		<b>Oui</b>
<b>Nikki Ru</b>	<b>Pharmacien</b>	<b>MaVille</b>	<b>647-555-0000</b>	<b>Télécop. 647-555-1111</b>	<b>Oui</b>
<b>John Taylor</b>	<b>Préposé aux services de soutien à la personne</b>	<b>Care Helpers Inc.</b>	<b>647-555-2222</b>		<b>Oui</b>
<b>Dana Tremblay</b>	<b>Nourriture</b>	<b>Popote roulante</b>	<b>647-555-3333</b>		<b>Non</b>

<b>Consentement aux soins de santé et planification préalable des soins</b>				
<b>Remarque : Assurez-vous d'avoir obtenu du patient ou du subrogé tous les consentements requis pour le traitement, tel que requis par la loi.</b>				
Mon subrogé en matière de soins santé est (sont) :				
Nom	Relation	Type de subrogé	Coordonnées	
			Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire
<b>Rebecca Franklin</b>	<b>filles</b>	<b>5. Enfant ou parent ou Société d'aide à l'enfance ou autre personne autorisée par la loi à prendre des décisions de traitement au lieu du parent</b>	<b>647-555-5555</b>	<b>647-555-5556</b>
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 : <b>Oui</b>				

<b>Ma santé</b> (incluant la santé physique, mentale et les dépendances [p. ex. tabac], les problèmes fonctionnels, les dispositifs d'assistance)	
Enjeux	Détails (première manifestation , considérations)
<b>Cancer de l'intestin</b>	<b>Douleur intermittente. Niveau de douleur 9 sur 10. Médication accrue. Stomisé depuis 2 ans. Douleur intermittente Maison de retraite ne soigne pas les stomies - la famille doit payer pour soins journaliers de la stomie.</b>
<b>Saignement et anémie gastro-intestinaux</b>	<b>Transfusions sanguines deux fois par mois</b>
<b>Maladie d'Alzheimer</b>	<b>Difficultés à comprendre et à se rappeler. Personnalité agréable et répond « oui » à toutes les questions.</b>
<b>Déshydratation</b>	<b>Transféré plus de cinq fois entre la maison de retraite et l'hôpital en raison de déshydratation.</b>
<b>Défaillance rénale</b>	<b>Difficulté à équilibrer les électrolytes et l'infusion intraveineuse. Hôpital administre électrolytes puis renvoie patient à maison de retraite - qui revient à l'hôpital.</b>
<b>Fragilité</b>	<b>Très faible - incapable de s'asseoir dans un fauteuil roulant.</b>
<b>Plusieurs AVC</b>	<b>Parole et vision diminuées</b>
<b>Sténose aiguë de l'aorte exigeant un remplacement de valve aortique</b>	<b>2004</b>
<b>Hypertension artérielle</b>	<b>Plus de 10 ans</b>

<b>Davantage à mon sujet</b>	
Sujet	Détails
Revenu	<b>RPC &amp; SV</b>
Emploi	<b>Infirmier autorisé, retraité depuis plus de 30 ans</b>
Logement	<b>À l'hôpital présentement. Était dans maison de retraite mais incapable de fournir soins requis - transféré plusieurs fois entre la maison de retraite et l'hôpital pour équilibrer électrolytes et transfusions.</b>
Transport	<b>Civière requise car patient trop faible. Parfois, le patient est à l'urgence pendant plusieurs heures ou transféré à la maison de retraite à 4 heures du matin. « Les transferts sont difficiles pour mon père ».</b>



Sécurité alimentaire	<b>Ne mange pas, a besoin d'aide pour boire</b>
Réseau social	<b>3 enfants (1 à l'extérieur du pays), par le passé il aimait danser.</b>
Connaissances en santé	<b>Antécédents de soins de santé</b>
Nouveau arrivant au Canada	<b>S.O.</b>
Légal	<b>S.O.</b>
Affiliation spirituelle	<b>N'adhère pas à une foi en particulier</b>
Problèmes avec les aidants	<b>La famille contribue au soutien dans la maison de retraite et assiste aux rendez-vous/ visites à l'hôpital. L'une des filles est mère d'un jeune enfant, les deux filles doivent s'occuper de plusieurs aînés et toutes deux travaillent à temps plein</b>

<b>Mes objectifs et plan d'action</b>				
Ce que j'espère accomplir	Ce que nous pouvons faire pour atteindre mes objectifs	Détails	Qui sera responsable	Date de l'établissement de l'objectif (AAAA-MMM-JJ)
<b>Absence de douleur</b>	<b>Recommandation pour gérer la douleur</b>		<b>Debbie/ Coordinatrice, Dre Mills</b>	<b>31-05-2017</b>
<b>Famille : Veut réduire les transferts entre la maison de retraite et l'hôpital</b>	<b>Envisage de déménager dans un centre de soins de longue durée ou le niveau de soins est meilleur.</b>	<b>Actuellement sur la liste d'attente depuis cinq ans</b>	<b>Debbie/ Coordinatrice</b>	<b>31-5-2017</b>
<b>Famille : Meilleurs liquides/aliments admission</b>	<b>En contact avec soins communautaires Précautions contre l'étouffement</b>		<b>Debbie/ Coordinatrice D<sup>re</sup> Mills</b>	<b>31-05-2017</b>

<b>La coordination de mes médicaments (annexer la liste actuelle des médicaments ou remplir l'annexe sur les médicaments)</b>	
Source la plus fiable pour la liste de médicaments (prescripteur principal/ superviseur des médicaments/famille) : <b>Pharmacie de MaVille</b>	
Aides à la prise de médicaments : <b>Emballages-coques</b>	Si quelqu'un vous aide à prendre vos médicaments, qui est-ce? <b>Préposé aux services de soutien à la personne dans maison de</b>
Difficultés à prendre mes médicaments (effets secondaires, pouvez-vous payer pour tous vos médicaments?) : <b>« Mon père a des difficultés à avaler ses pilules, alors elles sont écrasées »</b>	

<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?	
<b>Pénicilline</b>	<b>Se sent malade</b>	
<b>Fruits de mer</b>	<b>Anaphylaxie</b>	

Annexes incluses :  Liste médicaments  Mes évaluations de santé  Plus récente visite à l'hôpital  Plus récente visite à l'hôpital

Qualité des services de santé Ontario n'est pas responsable pour les pertes, les réclamations, les dommages ou les frais survenant à toute personne ou entité relativement à l'utilisation de ce formulaire ou à la fiabilité de son contenu. Les utilisateurs devraient obtenir un consentement légal indépendant.

## Annexe 1

Il est recommandé d'obtenir le plus récent bilan comparatif des médicaments du fournisseur/de la source où il a été complété le plus récemment (p. ex. pharmacie, hôpital, soins primaires).

<b>Liste de médicaments</b>						
Médicaments	Posologie	À quelle fréquence je prends ce médicament	Raison pour laquelle je prends ce médicament	Qui a prescrit le médicament?	Quand ai-je commencé à prendre ce médicament?	Remarques
<b>Percocet</b>	<b>5/325 mg</b>	<b>1 ou 2 comprimés selon les besoins, à intervalle de 4 heures</b>	<b>Douleur</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>Il y a 5 ans</b>	
<b>Fer</b>	<b>300 mg</b>	<b>Une fois par jour (le matin)</b>	<b>Anémie</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>Il y a 10 ans</b>	
<b>Lasix</b>	<b>80 mg</b>	<b>Une fois par jour (le matin)</b>	<b>Pilule avec de l'eau pour tension artérielle élevée</b>	<b>Hôpital</b>	<b>Il y a 6 mois</b>	
<b>Aricept</b>	<b>5 mg</b>	<b>Une fois par jour (le soir)</b>	<b>Mémoire</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>Il y a 5 ans</b>	
<b>Pantoprazole</b>	<b>40 mg</b>	<b>Une fois par jour (le matin)</b>	<b>Réduire l'acidité dans l'estomac</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>Il y a 5 ans</b>	
<b>Cyanocobalamine à libération lente</b>	<b>500 mg</b>	<b>Une fois par jour (le matin)</b>	<b>Réduire l'anémie</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>Il y a 3 ans</b>	
<b>Imodium</b>	<b>2 mg</b>	<b>Deux fois par jour (matin et soir)</b>	<b>Aide à la rétention d'eau en raison d'un insert de poche pour stomie</b>	<b>Médecin de famille</b>	<b>Il y a 4 ans</b>	

## Annexe 2

<b>Mes évaluations de santé</b>		
Type et nom de l'évaluation	Date à laquelle l'évaluation a été réalisée	Remarques
<b>Outil LACE (risque de réadmission)</b>	<b>17 janv. 2017</b>	<b>Score = 12 – doit examiner soutien communautaire et milieu de vie</b>
<b>Échelle de performance palliative (PPS)</b>	<b>2 fév. 2017</b>	<b>Score 70 %, très frêle, assistance surtout requise pour soins personnels, boit par petites gorgées seulement, confusions lors</b>
	<b>AAAA-MMM-JJ</b>	
	<b>AAAA-MMM-JJ</b>	

## Annexe 3

<b>Ma plus récente visite à l'hôpital</b>	
Nom de l'hôpital <b>Hôpital MaVille</b>	Date de la visite : <b>17 mai 2017</b>
Raison de la visite : <b>Déshydratation, déséquilibre électrolytique</b>	
Description de la visite : <input checked="" 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>17 mai 2017</b>	Durée du séjour :
Commentaires : « <b>Mon père faiblit à chaque visite à l'hôpital</b> »	

## Annexe 4

<b>Approche palliative aux soins</b>		
Le principal responsable de mes soins palliatifs est : <b>Margaret Franklin</b>		
Plan de soutien physique (prise en charge de la douleur, essoufflement, constipation, nausées et vomissements, fatigue, perte d'appétit, somnolence)		
Symptômes	Traitements	Commentaires
<b>Douleur</b>	<b>Aux 4 heures, dosage 24 heures sur 24 avec libération immédiate d'opioïdes et titrer pour obtenir un effet ou jusqu'à ce que les effets secondaires deviennent insupportables</b>	<b>Voir la liste des médicaments</b>
<b>Faiblesse</b>	<b>Mettre en place un cathéter central inséré par voie périphérique et soutien infirmier communautaire</b>	
<b>Essoufflement</b>	<b>Oxygénothérapie à domicile</b>	<b>Financement de l'oxygène pendant 3 mois avec diagnostic palliatif</b>
Plan de soutien psychologique (émotion, anxiété, dépression, autonomie, peur, contrôle, estime personnelle)		
Symptômes	Traitements	Commentaires
<b>Peur</b>	<b>Écouter, réconforter, discuter des émotions</b>  <b>Favoriser les visites, pour éviter la solitude</b>  <b>Robert aime danser et jouer sa musique préférée.</b>	<b>Rappeler à Robert qu'il est aimé et l'importance de sa vie.</b> <b>Encourager les visites et l'expression de témoignages</b>
<b>Dépression</b>	<b>Encourager les visites, la famille à s'impliquer et inviter des visiteurs</b>	<b>Les membres de la famille visiteront à tour de rôle</b>
Plan de soutien social (relations sociales, famille, aidant, bénévoles, environnement, financier, légal) : <b>Favoriser la patience - chacun sera à différents stades et aura différents styles.</b> <b>Offrir de préparer un lit additionnel pour un membre de la famille</b>		
Plan de soutien spirituel (valeurs, croyances, pratiques, rituels) :		
Lieu de décès souhaité : <b>Tout endroit pouvant fournir des soins sans retarder la médication - afin d'éviter la douleur</b>		
Soutien dans le deuil : <b>Offrir de la thérapie, travailleur social en soins à domicile et communautaires visitera le patient et la famille pour aider à planifier et discuter des aspects financiers</b>		
Autre :		

Copie - Document confidentiel, à détruire de façon sécuritaire

Date d'impression :

Imprimé par :

Page 28 de 28