

*Aide-mémoire
à l'intention
de la personne
qui prend la relève*

*Une adaptation du Cahier L'ENTOURAGE
Regroupement des aidantes
et aidants naturel-le-s de Montréal.*

*Produit par le regroupement
des proches aidants de Bellechasse (2007)*

Autres activités (jardinage, couture, dessin, etc.) :

8. En cas d'urgence

Info-Santé : _____

Urgence-Santé : _____

Police : _____

Pompiers : _____

Centre hospitalier : _____

Clinique médicale : _____

C.L.S.C. : _____

♥ Famille ♥	1. Nom : _____
	Lien de parenté : _____
	N° de tél. : _____
	2. Nom : _____
	Lien de parenté : _____
	N° de tél. : _____
	3. Nom : _____
	Lien de parenté : _____
	N° de tél. : _____

♥ Voisins ♥	1. Nom : _____
	Adresse : _____
	N° de tél. : _____
	2. Nom : _____
	Adresse : _____
	N° de tél. : _____
	3. Nom : _____
	Adresse : _____
	N° de tél. : _____

Aide-mémoire à l'intention de la personne qui prend la relève

Nous vous suggérons de remplir ce questionnaire afin de le remettre aux personnes qui prendront la relève lors de vos sorties ou vacances. L'utilisation d'un crayon à la mine de plomb est préférable. Il vous sera ainsi plus facile de le mettre à jour au besoin.

1. Renseignements généraux

Nom et prénom de la personne aidée :

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

2. Fiche de santé

Voici une brève description des problèmes de santé de la personne en perte d'autonomie dont vous allez prendre soin. (Exemples : problèmes cardiaques, diabète, maladie d'Alzheimer, etc.)

En raison de ces problèmes de santé, _____ (nom de la personne) doit prendre le(s) médicament(s) suivant(s) :

	Matin	Midi	Soir	En mangeant
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prenez note de ces recommandations (cochez s'il y a lieu) :

Assurez-vous que la personne prenne ses médicaments.

Autre (préciser) : _____

Il se peut que _____ souffre des effets secondaires
(nom de la personne)
suivants à la suite de la prise de ses médicaments :

Généralement, ses médicaments sont rangés à l'endroit suivant :

Vous devez prodiguer les soins particuliers suivants
(exemples : pansements, injection d'insuline, etc.) :

Son médecin est : _____

Téléphone : _____

Clinique : _____

Rendez-vous : _____

Autres renseignements :

7. Sorties, activités et loisirs

_____ apprécie :
(nom de la personne)

La lecture : oui non

Sujets de lecture préférés :

La musique : oui non

Styles de musique :

La télévision : oui non

Émissions de télévision préférées :

La conversation : oui non

Sujets de conversation préférés :

Les sorties : oui non

Genre de sorties :

Précisons : (besoin d'aide pour monter/ descendre les escaliers,
surveillance constante, etc.) :

Les emplettes : oui non

MISE EN GARDE : Il-elle doit suivre un régime particulier :
oui non

Précisions (type de régime, allergies, etc.) :

Il-elle prend une collation : oui non

Précisions (type de collation, moment de la journée, etc.) :

Il-elle fait une sieste : oui non

Précisions (à quel endroit, à quel moment, etc.) :

Voici un exemple type de l'horaire de sa journée :

Avant-midi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Après-midi

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Soirée

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

3. Troubles spécifiques

Cochez et complétez s'il y a lieu.
_____ :
(nom de la personne)

- Porte des lunettes Porte des prothèses auditives
Utilise une canne Autre : _____
Utilise une marchette _____

A de la difficulté à reconnaître :

- Les lieux Le moment de la journée (jour/nuite)
Les dates Autre : _____
Les personnes _____

- Ne peut sortir seul-e
A tendance à fuguer
Ne peut demeurer seul-e

Ne comprend plus les consignes qu'on lui donne
(exemple : ne sait plus comment utiliser les appareils ménagers)

A tendance à être :

- Doux-ce
Passif-ive
Agressif-ive

Ne se rappelle plus les événements passés :

- Hier
Le mois dernier
L'an passé

Souffre d'incontinence :

- Le jour A besoin de se faire rappeler d'aller aux toilettes
La nuit Autre : _____
Utilise des serviettes _____
Utilise des couches

Autres renseignements :

4. Besoins spécifiques

Cochez s'il y a lieu

_____ a besoin d'aide pour :
(nom de la personne)

Se vêtir / se dévêtir	<input type="checkbox"/>	S'alimenter	<input type="checkbox"/>
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	Se lever / se coucher	<input type="checkbox"/>
Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>		

Précisions :

5. Soins d'hygiène

_____ a besoin d'aide pour :
(nom de la personne)

Prendre un bain : oui non

Précisions (banc de bain, savon médicamenteux, température de l'eau, moment de la journée, attitude de la personne aidée, etc.) :

Se laver les cheveux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Se coiffer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Se raser	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Effectuer une manucure ou une pédicure	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Laver ses dents ou ses prothèses dentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Appliquer de la crème ou une lotion médicamenteuse	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Autres :

Habituellement, les articles pour les soins d'hygiène sont rangés à cet endroit :

Habituellement, la literie est rangée à cet endroit :

MISE EN GARDE (s'il y a lieu) :

6. Habitudes de vie

_____ a l'habitude de :
(nom de la personne)

Fumer : oui non

Précisions (a besoin de surveillance, etc.) :

Ne pas consommer les aliments suivants :

Ses mets préférés sont:

Il-elle a :

Peu d'appétit	<input type="checkbox"/>	Un appétit normal	<input type="checkbox"/>
Beaucoup d'appétit	<input type="checkbox"/>		

Il-elle prend généralement ses repas dans cette pièce :
