



MON PLAN DE SOINS DE TRANSITION PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19

Nom:

DN: (jj/mm/aaaa)

No carte santé:

Autre identification:

Un outil d'accompagnement pour planifier et faciliter mon déménagement.

Réseau de soutien ou équipe soignante jusqu'au jour de mon déménagement:

Mandataire:	Tél. :
Responsable de l'aide à la transition	Tél. :
Aide supplémentaire:(p. ex.: équipe communautaire, équipe mobile SLD, etc.)	

Emplacement actuel: Hôpital Domicile privé (maison, appartement) Maison de retraite Autre	Destination: Date et heure du déménagement:
--	---

Plan de transport:	Plan d'arrivée:
	Le mandataire peut entrer dans le foyer : Oui Non Les protocoles de dépistage ont été revus avec le Oui Non mandataire:

Sommaire de l'identité individuelle : Sommaire de l'identité individuelle ci-joint? Oui Non	Ma routine quotidienne: (p. ex.: heure du réveil et du coucher, préférences alimentaires, douche/bain)
---	---

--	--

<i>Ma consommation de tabac / alcool / autres substances psychoactives (le cas échéant)</i>

Préparation de ma chambre:

À l'avance	Le jour du déménagement	Je ne peux pas apporter d'articles personnels au foyer
Qui préparera ma chambre:		
Articles préférés pour que je me sente à la maison dans ma chambre:		

Sommaire de ma stratégie de soins pendant l'isolement (y compris des activités qui soutiennent les besoins sociaux, sensoriels, kinesthésiques et intellectuels)	Mes stratégies de soutien pendant la COVID-19 pour l'ÉPI et l'écouvillonnage :
---	---

Plan de soins pendant l'isolement ci-joint: Oui Non
--

Trousse d'activités pendant l'isolement: Oui Non Si oui, moment de la livraison:	Stratégies pour l'ÉPI: (p.ex.: rappels verbaux et par écrit): Stratégies d'écouvillonnage: (ex.: veuillez réduire le bruit de fond, fournir une couverture, utiliser des techniques de redirection/distraction):
---	---

Comportements réactifs/expressions personnelles¹ <i>(Veuillez cocher tout ce qui s'applique et décrire le ou les comportements /expressions et le contexte dans lequel ils se produisent [par exemple, pendant les soins personnels])</i>	Risques et stratégies COVID-19
Expression(s) vocale(s):	Risques: <i>(p. ex.: capacité de s'adapter aux mesures sur l'ÉPI, etc.)</i> Stratégies: <i>(p. ex.: panneaux « Défense d'entrer », rappels verbaux)</i>
Expression(s) motrice(s):	
Expression(s) sexuelle(s) à risque:	
Expression(s) verbale(s) à risque:	Autres risques signalés : Chutes Idées suicidaires Autre
Expression(s) physique(s) à risque :	
Voici ce qui peut me causer du stress ou du désagrément: <i>(p. ex.: douleur chronique, bruit assourdissant, un membre de sa famille ne peut lui rendre visite en personne, l'utilisation de masques/visières par le personnel)</i>	
Voici comment vous pouvez valider mes sentiments: <i>(p. ex. : stratégies de redirection, réminiscence, méthodes de soins)</i>	

¹ DOS Working Group (2019). [Behavioural Supports Ontario-Dementia Observation System \(BSO-DOS©\) resource manual: Informing person and family-centred care through direct observation documentation](#). Behavioural Supports Ontario Provincial Coordinating Office, North Bay Regional Health Centre, Ontario, Canada.

Mes appareils fonctionnels: (veuillez cocher tout ce qui s'applique)				
Canne/Marchette	Fauteuil roulant	Dentier	Lunettes	Prothèses auditives
Autre				
J'ai peut-être besoin d'aide/Rappel pour les tâches suivantes :				
<u>Hygiène/Soins personnels:</u>	Autonome	Préparation seulement	Aide	Aide maximale
<u>Utilisation des toilettes:</u>	Autonome	Rappels/Routine à suivre		Incontinent
<u>Ambulation/Transferts:</u>	Autonome	Supervision	Aide maximale	
<u>Nutrition/Alimentation:</u>	Autonome	Préparation seulement	Aide maximale	Régime prescrit:
<u>Administration des médicaments:</u>	En entier		Écrasé	
Changements récents:				
Mes liens familiaux et mon soutien social: (p. ex.: comment ma famille et mes amis communiqueront-ils avec moi après mon déménagement?)			Bloc de temps:	
Visite(s) virtuelle(s) :			Pendant l'isolement	Après l'isolement
Appel(s) téléphonique(s):			Pendant l'isolement	Après l'isolement
Visite(s) en personne:		À l'intérieur À l'extérieur	Pendant l'isolement	Après l'isolement
Visite(s) à la fenêtre:			Pendant l'isolement	Après l'isolement
Autre:			Pendant l'isolement	Après l'isolement
Les rapports suivants vous aideront à mieux me connaître: (p. ex.: Évaluation du STCO, Évaluation mentale des personnes âgées, patients gériatriques, liste des médicaments et des vaccins.)				
Les médecins et équipes de soins ci-dessous me soutiendront après mon déménagement:				

Rempli par (en lettres moulées):	
Téléphone:	
Organisation:	

Signature: _____ **Date (jj/mm/aaaa):** _____

Ce plan de soins de transition a été élaboré en fonction de l'état de santé de la personne dans son environnement au moment de la transition. Ce plan nécessitera possiblement une adaptation dans le nouvel environnement si des comportements différents apparaissent pendant la période de transition.

Adaptation par: Les équipes de soins intégrés en soutien comportemental

De: STCO du Nord-Est/ Service de consultation régional du Programme de santé mentale pour personnes âgées (avril 2020). Mon plan de soins de transition. Centre régional de santé de North Bay. Version 2.1 (mai 2021)