



**Nom:**  
**DN (jj/mm/aaaa):**  
**No carte santé:**  
**Autre identification:**

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

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

1. 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.)	
<b>Emplacement actuel:</b> Hôpital Domicile privé (maison, appartement) Maison de retraite Autre	<b>Destination:</b>  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 mandataire:    Oui    Non
Section 1 complétée par:	
2. Sommaire de l'identité individuelle:	
<b>Sommaire de l'identité individuelle ci-joint?    Oui    Non</b>	Ma routine quotidienne: (p. ex.: heure du réveil et du coucher, préférences alimentaires, douche/bain)
	Ma consommation de tabac / alcool / autres substances psychoactives (le cas échéant)
Section 2 complétée par:	
3. 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:	
Section 3 complétée par:	
4. Sommaire de ma stratégie de soins pendant l'isolement (y compris des activités qui soutiennent les besoins sociaux, sensoriels, kinesthésiques et intellectuels)	
<b>Plan de soins pendant l'isolement ci-joint:    Oui    Non</b>	<b>Mes stratégies de soutien pendant la COVID-19 pour l'ÉPI et l'écouvillonnage :</b>
Trousse d'activités pendant l'isolement:    Oui    Non Si oui, moment de la livraison:	<b>Stratégies pour l'EPI:</b> (p.ex.: rappels verbaux et par écrit):  <b>Stratégies d'écouvillonnage:</b> (p. ex.: veuillez réduire le bruit de fond, fournir une couverture, utiliser des techniques de redirection/distraction):
Section 4 complétée par:	

<b>5. Comportements réactifs/expressions personnelles<sup>1</sup></b> <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>	<b>Risques et stratégies COVID-19</b>
<b>Expression(s) vocale(s):</b>	<b>Risques:</b> <i>(p. ex.: capacité de s'adapter aux mesures sur l'ÉPI, etc.)</i>
<b>Expression(s) motrice(s):</b>	<b>Stratégies:</b> <i>(p. ex.: panneaux « Défense d'entrer », rappels verbaux)</i>
<b>Expression(s) sexuelle(s) à risque:</b>	
<b>Expression(s) verbale(s) à risque:</b>	
<b>Expression(s) physique(s) à risque :</b>	<b>Autres risques signalés :</b> <b>Chutes      Idées suicidaires      Autre(s)</b>
Sections 5 complétée par:	
<b>6. Voici ce qui peut me causer du stress ou du désagrément:</b> <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>	
<b>Voici comment vous pouvez valider mes sentiments:</b> <i>(p. ex. : stratégies de redirection, réminiscence, méthodes de soins)</i>	
Section 6 complétée par:	

<sup>1</sup> 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.

**7. Mes appareils fonctionnels: (veuillez cocher tout ce qui s'applique)**

Canne/Marchette Autre(s)	Fauteuil roulant	Dentier	Lunettes	Prothèses auditives
-----------------------------	------------------	---------	----------	---------------------

**J'ai peut-être besoin d'aide/Rappel pour les tâches suivantes :**

<u>Hygiène/Soins personnels:</u>	Autonome	Préparation seulement	Aide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Utilisation des toilettes:</u>	Autonome	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Incontinence	
<u>Ambulation/Transferts:</u>	Autonome	Supervision	Aide maximale	
<u>Nutrition/Alimentation:</u>	Autonome	Préparation seulement	Aide maximale	<u>Régime prescrit:</u>
<u>Administration des médicaments:</u>		En entier	Écrasé	
Changements récents:				

Section 7 complétée par:

**8. 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:	
<b>Visite(s) virtuelle(s)/Appel(s) téléphonique(s):</b>			Pendant l'isolement	Après l'isolement/ Isolement non requis
<b>Visite(s) en personne:</b>	À l'intérieur	À l'extérieur	Pendant l'isolement	Après l'isolement/ Isolement non requis
<b>Autre(s):</b>			Pendant l'isolement	Après l'isolement/ Isolement non requis

Section 8 complétée par:

**9. 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 fournisseurs et équipes de soins ci-dessous me soutiendront après mon déménagement:**

Section 9 complétée par:

**10. Les fournisseurs de soins/individus suivant ont contribué à ce plan de soins de transition:**

Nom:	Désignation:	Organisation:	Responsable	Date: (jj/mm/aaaa)	Signature:

*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.*