



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.)	
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 mandataire: Oui Non

Section 1 complétée par:

2. 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)
---	-----	-----	--

			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)	Plan de soins pendant l'isolement ci-joint:	Oui	Non	Mes stratégies de soutien pendant la COVID-19 pour l'ÉPI et l'écouvillonnage :
---	---	-----	-----	--

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

Section 4 complétée par:

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