****

**Nom :** Aline Bergeron

**Date de naissance** *(jj/mm/aaaa)* :05/12/1937

**Mon plan de soins de transition©**

**No de carte Santé :**93846459765

**Autre pièce d’identité :**aucune

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Mon réseau de soutien jusqu’au jour de mon déménagement** | | |
| **Mandataire spécial :** Martin Bergeron | | **Tél. :** 706-335-1907 |
| **Responsable de l’aide à la transition (milieu de vie actuel) :** Stephanie Moore | | **Tél. :** 706-394-2837 |
| **Responsable de l’aide à la transition (nouveau milieu de vie) :** Mélanie Lemaire | | **Tél. :** 706-390-2836 |
| **Fournisseurs de soins en mesure d’appuyer le déménagement :**  Stephanie Moore (infirmière autorisée, équipe communautaire STCO) et Mélanie Lemaire (travailleuse de soutien aux comportements, Manoir Beausoleil) vont aider Aline à déménager. | | |
| **Milieu de vie actuel :**  **Hôpital**  **Maison de retraite**  **Domicile privé**  **Autre :**  **Détails :** 118 Boulevard Saint-Germain, Kapuskasing | | |
| **Nouveau milieu de vie :** Foyer de soins de longue durée, le Manoir Beausoleil. | **Date et heure du déménagement :** 5 févr. 2023, en matinée | |
| **Plan de transport :**  Le conjoint, Martin, amènera Aline. Ils vont être accompagné de leurs 3 enfants, Lylimée, Matéo et Charlie-Rose. | **Plan d’arrivée :**  **Arrivée seul(e)**  **Arrivée en compagnie d’autres personnes** | |
| **Préparation de ma chambre** | | |
| **Qui préparera ma chambre :**  **À l’avance**  **Le jour du déménagement** | **Articles préférés pour que je me sente chez moi dans ma chambre :** Couverture polaire chaude et robe de chambre bleu marine. | |
| **Profil personnel sommaire  *(profil socio-culturel)*** | **Ma routine quotidienne  *(habitudes de sommeil, repas, soins personnels)*** | |
| Aline a travaillé pendant plusieurs années comme infirmière dans un bureau de conseil et santé mentale en communauté.  Aline aime être entourée de sa famille et ses amies. Elle est très sociale.  Aline adore la musique, spécialement Chris Stapleton. | Aline aime bien dormir et elle préfère qu'on ne la réveille pas le matin. Sa famille va lui laisser de petits muffins et elle préfère déjeuner seule dans sa chambre si possible.  Aline aime manger et surtout des sucreries.  Aline requit de l’appui pour les soins personnels; elle aura besoin de l'aide avec le bain et la douche.  Aline porte des produits incontinence de type: pull-ups.  Aline aime être bien coiffée et a toujours été très fière. | |
| **Mes habitudes de consommation de tabac, d’alcool ou d’autres substances (le cas échéant) :**  aucune | |
| **Section 1 remplie par :** Stephanie Moore | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mes capacités fonctionnelles** | | | | |
| **Mes appareils et accessoires fonctionnels  *(Veuillez cocher tous ceux qui s’appliquent et fournir des détails au sujet de leur utilisation)*** | | | | |
| **Aides à la mobilité**  **Aides à la communication ou aides cognitives**  **Prothèses auditives, visuelles ou dentaires**  **Autre(s) :**  **Détails :** Marchette, tableau de rappel, lunettes et prothèses auditives <<Audible>> | | | | |
| **Tâches pour lesquelles je pourrais avoir besoin d’aide ou de rappels** | | | | |
| **Hygiène/soins personnels :**  **Autonome**  **Préparation seulement** **Aide**  **Aide maximale**  **Détails :** Aline a besoin de rappels pour débuter ses soins personnels, mais peut les complété seule et sans aide | | | | |
| **Utilisation des toilettes/élimination :**  **Autonome**  **Rappels/routines**  **Incontinence**  **Détails :**  Aline porte un produit d’incontinence au cas d’accident | | | | |
| **Ambulation/transferts :**  **Autonome**  **Avec supervision**  **Aide maximale**  **Détails :** | | | | |
| **Nutrition et alimentation :**  **Autonome**  **Préparation seulement**  **Aide maximale**  **Détails :** Placer l’assiette avec viande coupée devant elle et disposer les ustensiles à l'intérieur de l'assiette. | | | | |
| **Administration des médicaments :**  **En entier**  **Écrasés**  **Détails et changements récents :** Important de voir le rapport du Dr Mailloux dater du 15 janvier concernant l’augmentation à la dose de Abilify de 10 mg à 15 mg. | | | | |
| **Section 2 remplie par :** Stephanie Moore | | | | |
| 1. **Mes facteurs de risque *(Veuillez cocher tous ceux qui s’appliquent)*** | | | | |
| **Délirium** | **Chutes** | **Errance/exploration** | **Idées suicidaires** | **Incendie *(tabagisme, cuisson)*** |
| **Sécurité *(finances, logement, alimentation)***  **Autre(s) :**  **Détails :** Aline oublie parfois d’utiliser sa marchette et dois être rappelé à l’occasion. | | | | |
| **Comportements réactifs/expressions personnelles *(Veuillez cocher tous ceux qui s’appliquent et décrire les comportements/expressions et le contexte dans lequel ils se produisent [par exemple, pendant les soins personnels]. Veuillez indiquer les facteurs contributifs ainsi que les approches et stratégies personnalisées pour prévenir ces comportements ou y répondre.)*** | | | | |
| **Expression(s) vocale(s) :** Aline peut être parfois expressive quand elle se fait réveiller le matin. On encourage l'essai du réveille autonome une alarme mise à 9h. Elle peut par la suite déjeuner dans sa chambre seule. Elle va manger des muffins que sa famille lui fournit. | | | | |
| **Expression(s) motrice(s) :** Aline perd à l’occasion de la dextérité dans ses mains, elle peut se fâchée quand ceci ce produit. | | | | |
| **Expression(s) sexuelle(s) à risque :** | | | | |
| **Expression(s) verbale(s) à risque :** | | | | |
| **Expression(s) physique(s) à risque :** | | | | |
| **Facteurs contribuant à mes expressions comportementales :**  Aline répète souvent qu'elle s'est levé très tôt durant sa vie pour aider préparer sa famille et qu'elle veut maintenant prendre le temps de dormir et se réveillé calmement. On remarque que si ceci n'est pas observé, elle démontre des expressions verbales envers ceux qui la réveillent. | | | | |
| **Approches et stratégies personnalisées pour me soutenir :**  Aline est encouragée ce réveillé avec une alarme mise à 9h. Ceci est l’heure qui lui convient. Elle peut par la suite déjeuner dans sa chambre seule. Elle va manger des muffins que sa famille lui fournit. Après sont déjeuné le personnel pourront aider avec des rappelles pour les soins personnels. Aline demeure capable de compléter ses soins péronnelles. Elle est une dame très fière et elle désire prendre son temps pour bien se maquiller et se coiffer quotidiennement. | | | | |
| **Section 3 remplie par :** Stephanie Moore | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mes liens familiaux et mon réseau de soutien social *(interactions avec la famille et les amis après le déménagement)*** | | | | |
| **Visites en personne :** Martin, Charlie-Rose et Lylimée demeure à Kapuskasing et visiteront régulièrement individuellement. Lylimée apportera aussi ses enfants pour visiter ''mamie''.  Amies d’Aline : Julie, Annik, Mélanie sélectionneront chacun une semaine individuelle et visiteront les mercredis de 1hpm à 2h pm . | | | | |
| **Visites virtuelles ou appels téléphoniques :** Météo sera ici pour le déménagement initial d'Aline, mais demeure à l'extérieur de la ville. Météo téléphonera Aline a tous les dimanches. | | | | |
| **Autre(s) :** | | | | |
| **Services qui m’offriront un soutien après mon déménagement** | | | | |
| La famille d'Aline a engagé une dame qui viendra tous les lundis de 10h am à 12h pm pour passer du temps avec Aline et aider à la divertir . | | | | |
| **Rapports qui permettront de mieux me connaître** | | | | |
| **Carnet de vaccination**  **Liste de médicaments**  **Évaluation comportementale**  **Profil personnel**  **Évaluation en santé mentale**  **Plan de soins pendant l’isolement**  **Autre(s) :** | | | | |
| **Section 4 remplie par :** Mélanie Lemaire | | | | |
| **5. Les fournisseurs de soins de santé et personnes qui ont participé à la préparation de *Mon plan de soins de transition*** | | | | |
| **Nom et titre professionnel** | **Organisation** | **Coordonnées** | **Date (jj/mm/aaaa)** | **Signature** |
| Mélanie Lemaire | Manoir Beausoleil | 706-390-2836 | 23/01/2023 |  |
| Stephanie Moore | Centre de santé communautaire, Kapuskasing | 706-394-2837 | 24/01/2023 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Ce plan de soins de transition a été élaboré en fonction de l’état de santé de la personne dans son milieu de vie au moment de la transition.*

*Ce plan pourrait nécessiter une adaptation dans le nouvel environnement si des comportements différents*

*se manifestent pendant la période de transition.*