

Résumé du congé du patient

APPOSER L'ÉTIQUETTE

`) à l'hôpital parce que j'ai/j'avais nédicaments que je dois pr	endre	 Mes notes
Mes médicame	ents, les raisons pour lesquelles je les pre condaires m'ont été expliqués.		
Ch	nangements à ma routine		
_	Activité	Directives	
	d'aide pour sortir du lit ou me relever d'une chaise de manière sécuritaire?		
Activités	d'aide pour monter et descendre les		
quotidiennes	escaliers de manière sécuritaire?		
•	d'utiliser une marchette, une canne ou un		
\i-je besoin :	fauteuil roulant?		
	d'aide pour utiliser la toilette?		
	d'aide pour prendre un bain ou m'habiller?		
	d'équipement spécial, comme des barres d'appui ou une chaise de bain?		
	d'aide pour préparer ou prendre mes repas?		
ctivité	Ai-je des restrictions pour mes activités		
hysique	ou des consignes spéciales à suivre?		
)iète	Y a-t-il des changements ou des		
71010	restrictions concernant les aliments que		
	ie neux consommer?		
Services de	je peux consommer?		



Guide de soins de_____

Mes notes

Ce que je pourrais ressentir et ce qu'il faut faire

Ce que ie peux/pour	rais ressentir Ce qu'il faut faire		
Douleur	Prenez vos médicaments comme ils vous ont été]	
	prescrits, communiquez avec votre fournisseur de		
	soins de santé si la douleur ne diminue pas ou si elle		
	s'aggrave.		
Difficulté à bouger	Si vous constatez un changement important dans votre	1	
g	capacité à vous déplacer dans la maison en toute		
	sécurité, consultez votre fournisseur de soins de santé.		
Confusion	Si vous notez une baisse importante de votre vivacité		
	d'esprit, de votre mémoire ou de votre capacité à		
	penser, consultez votre fournisseur de soins de santé.		
Constipation	Prenez vos médicaments comme ils vous ont été		
•	prescrits, buvez des liquides, mangez sainement et		
	communiquez avec votre fournisseur de soins de santé		
	si vous n'êtes pas allé à la selle depuis plus de deux		
	jours.		
Nouvelle diarrhée	Buvez beaucoup de liquides et communiquez avec		
	votre fournisseur de soins de santé si vous constatez		
	plus de trois selles molles ou liquides au cours d'une		
	période de 24 heures.		
Difficulté à uriner	Si vous ressentez une douleur, un inconfort ou une	<u> </u>	
	sensation de brûlure lorsque vous urinez et que vous		_
	urinez plus souvent ou en petites quantités, consultez		
	votre fournisseur de soins de santé.		
Changements	Notez vos changements d'humeur et consultez votre		
d'humeur	fournisseur de soins de santé (p. ex. dépression).		
Habitudes de	Notez vos habitudes de sommeil et communiquez avec		
sommeil	votre fournisseur de soins de santé si vous avez de la		
	difficulté à dormir.		
Manque d'énergie	Prenez vos médicaments comme ils vous ont été		
	prescrits, assurez-vous de dormir suffisamment, de		
	manger sainement et communiquez avec votre		
	fournisseur de soins de santé si le manque d'énergie		
	persiste.		
Difficulté à avaler	Consultez votre fournisseur de soins de santé si vous		
	êtes incapable de manger, de boire ou de prendre vos		
	médicaments.		
Plaies / rougeur	Communiquez avec votre fournisseur de soins de		
	santé en cas de plaies, d'enflure, de rougeur ou de		
	douleur.		





Guide de soins de_____.

	au Service des vez les symptô			wies notes
 Difficulté à Étourdisse Pensées s Changem Fièvre per 	douleur à la poitrine à respirer ou changeme ements/diminution du r suicidaires ents touchant la parole rsistante	niveau de cor e et la vision	nscience/confusio	on
Mes r	endez-vous			
Consultez Endroit :	pour	le	à _	- iixé
Consultez Endroit :	pour	le	à _	- xé
Demande d'analy	ses de laboratoire remis	<u>ie :</u>		
Passez une ana	alyse sanguine le	à _		
Instructions pré	cises pour l'analyse sa	nguine :	•	
Demande de ra	adiologie/d'imagerie c	diagnostique	remise:	
Passez	le	à	·	
Instructions pré	cises:		_•	
Où ok	tenir plus d'int	formatio	n	
Pour	allez	· ·	appelez :	
	allez			
	allez	_		
	ALIK BULL 1888			





Guide de soins de

Points à discuter avec votre fournisseur de soins de santé lorsque vous vous sentirez mieux :

- Vos vaccins sont-ils à jour? Après 65 ans, il peut être bénéfique de recevoir les vaccins contre la grippe, le pneumocoque (pneumonie) et le zona.
- Avez-vous subi un **test de dépistage préventif**, comme une colonoscopie, une mammographie ou un test de la densité minérale osseuse?
- Avez-vous un plan préalable de soins? La planification préalable des soins est un moment pour réfléchir à vos valeurs et à vos souhaits. Il s'agit de parler avec vos proches du type de soins de santé et de soins personnels que vous voudriez recevoir dans l'avenir si vous deveniez incapable d'exprimer vos volontés. Cela requiert des discussions avec la famille et les amis, surtout avec votre mandataire spécial – la personne qui parlera en votre nom si vous êtes incapable de le faire vous-même.
- Si vous avez une carte Santé de l'Ontario valide, vous êtes admissible au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Vous devrez payer une franchise de 100 \$ au début de l'année de calcul du PMO (1^{er} août). Une fois la franchise payée, les médicaments d'ordonnance approuvés coûteront jusqu'à 6,11 \$.
- Parlez à votre médecin d'une **évaluation des risques de chute** et suivez la liste de vérification de la sécurité à domicile fournie pour vous assurer que votre maison est un endroit sécuritaire.

☐ Fo	seignements suivants m'ont été fournis et expliqués: fait de décharge en anglais fait de congé français
☐ Fo	fait de libération autochtone
⊔ Fic	hes d'information sur l'enseignement de la santé le
√ ren	e quitter l'hôpital, j'ai: npli le questionnaire sur la satisfaction; ueilli tous mes effets personnels dans la chambre et ceux rangés en sécurité.
Date:	Heure :
Signatu	re – patient(e) ou membre de la famille :
Signatu	re de la personne responsable du congé :

