

ANNEXE 2

AIDE-MÉMOIRE
À L'INTENTION
DE LA
PERSONNE QUI
PREND LA
RELÈVE

Aide-mémoire à l'intention de la personne qui prend la relève

Nous vous suggérons de remplir ce questionnaire afin de le remettre aux personnes qui prendront la relève lors de vos sorties ou vacances. L'utilisation d'un crayon à la mine de plomb est préférable. Il vous sera ainsi plus facile de le mettre à jour au besoin.

1. En cas d'urgence

Info-Santé :

Urgence-Santé :

Police :

Pompiers :

Centre hospitalier :

Clinique médicale :

CLSC :

FAMILLE	1. Nom : Lien de parenté : No de tél. :	
	2. Nom : Lien de parenté : No de tél. :	
	3. Nom : Lien de parenté : No de tél. :	

VOISINS	1. Nom : Lien de parenté : No de tél. :	
	2. Nom : Lien de parenté : No de tél. :	
	3. Nom : Lien de parenté : No de tél. :	

2. Renseignements généraux

Nom et prénom de la personne aidée :

.....

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

3. Fiche de santé

Voici une brève description des problèmes de santé de la personne en perte d'autonomie dont vous allez prendre soin. (Exemples: problèmes cardiaques, diabète, maladie d'Alzheimer, etc.)

En raison de ces problèmes de santé,
nom de la personne

doit prendre le(s) médicaments(s) suivant(s) :

	Matin	Midi	Soir	En mangeant
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prenez note de ces recommandations (cochez s'il y a lieu) :

- Assurez-vous que la personne prenne ses médicaments.
- Autre (préciser) :
.....
.....

Il se peut que souffre des effets secondaires
nom de la personne
suivants à la suite de la prise de ses médicaments :

Généralement, ses médicaments sont rangés à l'endroit suivant :

Vous devez prodiguer les soins particuliers suivants (exemples :
pansements, injection d'insuline, etc.) :

Son médecin est :

Téléphone :

Clinique :

Rendez-vous :

Autres renseignements : _____

4. Troubles spécifiques

Cochez et complétez s'il y a lieu.

_____ nom de la personne

- Porte des lunettes Porte des prothèses auditives
Utilise une canne Autre: _____
Utilise une marchette _____

A de la difficulté à reconnaître :

- Les lieux Le moment de la journée (jour-nuit)
Les dates Autre : _____
Les personnes _____

- Ne peut sortir seul-e
A tendance à faire de l'errance
Ne peut demeurer seul-e
Ne comprend plus les consignes qu'on lui donne
(Exemple : ne sait plus comment utiliser les appareils ménagers)

A tendance à être :

- Doux-ce
Passif-ive
Agressif-ive

Ne se rappelle plus les événements passés :

- Hier
Le mois dernier
L'an passé

Souffre d'incontinence :

- Le jour A besoin de se faire rappeler
La nuit d'aller aux toilettes
Utilise des serviettes
d'incontinence Autre: _____
Utilise des culotte de
protection _____

Autres renseignements :

Habituellement, les articles pour les soins d'hygiène sont rangés à cet endroit :

Habituellement, la literie est rangée à cet endroit :

MISE EN GARDE (s'il y a lieu) :

7. Habitudes de vie

_____ a l'habitude de :
nom de la personne

Fumer : oui non

Précisions (a besoin de surveillance, etc.) :

Ne pas consommer les aliments suivants :

Ses mets préférés sont :

Il-elle a :

Peu d'appétit Beaucoup d'appétit Appétit normal

Il-elle prend généralement ses repas dans cette pièce :

MISE EN GARDE : Il-elle doit suivre un régime particulier :

oui non

Précisions (type de régime, allergies, etc.) :

Il-elle prend une collation : oui non

Précisions (type de collation, moment de la journée, etc.) :

Il-elle fait une sieste : oui non

Précisions (à quel endroit, à quel moment, etc.) :

Voici un exemple type de l'horaire de sa journée :

Avant-midi

1.

2.

3.

4.

Après-midi

1.

2.

3.

4.

Soirée

1.

2.

3.

4.

8. Sorties, activités et loisirs

_____ apprécie :
nom de la personne

La lecture : oui non

Sujets de lecture préférés :

La musique : oui non

Styles de musique préférés :

La télévision : oui non

Émissions de télévision préférées :

La conversation : oui non

Sujets de conversation préférés :

Les sorties : oui non

Genre de sorties :

Précisions (besoin d'aide pour monter/descendre les escaliers,
surveillance constante, etc.) :

Les emplettes : oui non

Une adaptation de l'Entente familiale et sociale du Cahier *L'ENTOURAGE*.

Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal.

Produit par le Regroupement des proches aidants de Bellechasse en 2007 et mis à jour en 2016.