



**Champlain Dementia Network**  
**Réseau de la démence de la région Champlain**

**DOSSIER  
DE SANTÉ  
PERSONNEL**



**Champlain Dementia Network**  
**Réseau de la démence de la région Champlain**

# DOSSIER DE SANTÉ PERSONNEL

**pour** \_\_\_\_\_

Ce document est mis à votre disposition pour utilisation personnelle. Veuillez l'apporter à tout rendez-vous chez votre médecin ou toute autre personne qui administre des soins de santé afin que les renseignements à jour soient disponibles lors des consultations.



**Champlain Dementia Network**  
**Réseau de la démence de la région Champlain**

Cette ressource a été préparée par le Réseau de la démence de la région Champlain.

Nous manifestons notre reconnaissance envers M. Wit Lewandowski (propriétaire de Pharmacie Rideau et Jardins Rideau), ParaMed Soins de Santé à Domicile et un donateur anonyme pour leur généreuse contribution financière, libre de toute contrainte, qui a rendu possible la publication de cette ressource.

Première édition : Novembre 2007

Revisée : Octobre 2008

## Table des matières

- Section Un : Renseignements généraux**
- Section Deux : Antécédents médicaux à jour**
- Section Trois : Médicaments**
- Section Quatre : Services communautaires**
- Section Cinq : Notes personnelles**

*This document is also available in English.*



**Champlain Dementia Network**  
**Réseau de la démence de la région Champlain**



**Champlain Dementia Network**  
**Réseau de la démence de la région Champlain**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Vit seul :  Oui  Non

Nom/Sobriquet préféré : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° carte santé : \_\_\_\_\_

N° assurance sociale : \_\_\_\_\_

N° ancien combattant : \_\_\_\_\_

N° bénéfiques d'Ontario : \_\_\_\_\_

### AIDANT NATUREL PRINCIPAL

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PROCUREUR AU SOIN DE LA PERSONNE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PROCUREUR AUX BIENS

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN DE FAMILLE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### DENTISTE

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### SPÉCIALISTE POUR LES YEUX

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**PHARMACIE** Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS POUR LA DÉMENCE Cocher (✓) pour indiquer le lieu où vous avez eu l'évaluation ou le suivi

Genre de service	Lieu	Première visite	Évaluateur	Diagnostic
<input type="checkbox"/> Clinique des troubles de mémoire	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clinique de Parkinson et de désordres neurodégénératifs	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hôpital de jour gériatrique	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychiatrie gériatrique	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Santé mentale	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Unité d'évaluation gériatrique	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres (s.v.p. préciser) :	_____	_____	_____	_____

**AUTRES SPÉCIALISTES** (ex. pour l'arthrite, le coeur, le cancer, etc.)

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Specialité : \_\_\_\_\_ Specialité : \_\_\_\_\_ Specialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Specialité : \_\_\_\_\_ Specialité : \_\_\_\_\_ Specialité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**RÉGIME D'ASSURANCES SUPPLÉMENTAIRES** (Croix Bleue, Régime de soins de santé de la fonction publique)

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° du Plan : \_\_\_\_\_

Contact téléphonique : \_\_\_\_\_

**RÉGIME D'ASSURANCE DENTAIRE**

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° du Plan : \_\_\_\_\_

Contact téléphonique : \_\_\_\_\_

**RÉGIME D'ASSURANCE POUR SOINS DE LONGUE DURÉE**

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° du Plan : \_\_\_\_\_

Contact téléphonique : \_\_\_\_\_

**PROGRAMME SÉCU-RETOUR<sup>MD</sup> (REGISTRE D'ERRANCE)**

Numéro d'identification : \_\_\_\_\_



**Champlain Dementia Network**  
**Réseau de la démence de la région Champlain**

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À CE JOUR

Type sanguin : \_\_\_\_\_

Allergies : (y compris les médicaments comme l'aspirine; les aliments comme le beurre d'arachide; l'environnement comme la fumée, la poussière, le pollen) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date	Maladies principales /Diagnostics	Chirurgies	Tests/Échographies	Lieu





Antécédents médicaux, suite :

Date	Maladies principales /Diagnostics	Chirurgies	Tests/Échographies	Lieu



# MÉDICAMENTS

Enregistrement : **MedicAlert** \_\_\_\_\_

Nommer les allergies aux médicaments : \_\_\_\_\_

- Comprend les médicaments prescrits et non-prescrits comme les vitamines, les médicaments à base de plantes et tout médicament contre les allergies.
- N'inscrire que les médicaments d'usage courant; inscrire cependant les médicaments utilisés dans le passé et qui ont provoqué des allergies ou des réactions adverses.

Date	Prescrit par	Nom du médicament	Date d'interruption	Raison pour l'interruption
		_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
		_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
		_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____



Médicaments, suite :

Date	Prescrit par	Nom du médicament	Date d'interruption	Raison pour l'interruption
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Médicaments, suite :

Date	Prescrit par	Nom du médicament	Date d'interruption	Raison pour l'interruption
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Médicaments, suite :

Date	Prescrit par	Nom du médicament	Date d'interruption	Raison pour l'interruption
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

# SERVICES COMMUNAUTAIRES

Cocher (✓) pour indiquer les services avec lesquels vous avez déjà été en contact (identifier la personne-ressource ou gestionnaire de cas):

- Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)
  - Programmes de jour (CASC)
  - Soins à domicile (CASC)
  - Ergothérapie (CASC)
  - Physiothérapie (CASC)
  - Relève de court séjour (CASC)
  - Services infirmiers (CASC)

Gestionnaire de cas : \_\_\_\_\_

- Centres pour les aîné(e)s
- Programme Premier lien<sup>MD</sup>
- Psychiatrie gériatrique
- Popotte roulante
- Relève de court séjour privée
- Santé mentale
- Société d'Alzheimer
- Soins à domicile défrayés par la famille
- Autres (s.v.p. préciser) \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_





Services communautaires, suite :

Date	Agence communautaire	Vu par	Téléphone	Objectif et Résultats









