

Instructions à l'intention des usagers et des familles pour remplir les suppléments au plan de sécurité ou à la fiche Communication préalable

Voici quatre feuilles préformatées (ou « suppléments ») pour vous aider à résumer les renseignements qui sont souvent demandés par les centres de traitement. Dans une situation de crise, il est difficile d'avoir à fournir rapidement des renseignements médicaux importants, ou les noms de traitements reçus et de personnes ainsi que leur numéro de téléphone.

Les quatre documents portent sur les renseignements suivants :

- résumé des renseignements médicaux ;
- résumé des traitements antérieurs et des renseignements personnels ;
- résumé des services actuels ;
- résumé des renseignements relatifs aux études et (ou) au travail.

Comment utiliser les formulaires :

- Vous avez le choix de remplir une, plusieurs ou l'ensemble des feuilles.
- Vous ne devez pas remplir toutes les rubriques — c'est à vous de décider ce qui est important de communiquer.
- Ces feuilles peuvent être annexées au plan de sécurité ou à la fiche Communication préalable qui est envoyée à _____.
- Vous pouvez aussi utiliser à titre de supplément un autre document sommaire au lieu de ceux qui sont présentés ici.
- Si vous trouvez que l'un ou plusieurs de ces suppléments est utile, mais que vous ne souhaitez pas remplir le plan de sécurité ou la fiche Communication préalable, il n'y a pas de problème — choisissez la méthode qui vous convient le mieux. Vous pouvez toujours remplir les autres documents à une occasion ultérieure.

Résumé des renseignements personnels

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE LA PERSONNE RECEVANT LES SERVICES

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Type de conditions de logement _____

Sexe _____ Date de naissance ____ / ____ / ____

N° de carte Santé _____ Code de la version _____ Date d'expiration ____ / ____ / ____

Notes / Avertissements : _____

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DES PARENTS, TUTEURS OU CONJOINTS/PROCHES **SANS OBJET**

Nom _____

Relation _____ Cohabitez-vous ? Oui Non

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Notes : _____

Nom _____

Relation _____ Cohabitez-vous ? Oui Non

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Notes : _____

Nom _____

Relation _____ Cohabitez-vous ? Oui Non

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Notes : _____

RENSEIGNEMENTS AU SUJET D'AMIS, DÉFENSEURS OU AUTRES PERSONNES OFFRANT UN SOUTIEN

SANS OBJET

Nom _____

Relation _____ Cohabitez-vous ? Oui Non

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Notes : _____

Nom _____

Relation _____ Cohabitez-vous ? Oui Non

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Notes : _____

Nom _____

Relation _____ Cohabitez-vous ? Oui Non

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Notes : _____

Résumé des renseignements médicaux

PROBLÈMES DE SANTÉ OU PRÉOCCUPATIONS

Santé physique	Santé mentale	Consommation de drogues	Développement

Notes :

Noter les adaptations nécessaires en raison de l'état physique ou des obstacles à la communication :

MÉDICAMENTS

Nom du médicament	Dose	Prise actuelle ou arrêté	Prescrit par	Note

ALLERGIES (MÉDICAMENTS, ALIMENTAIRE, AUTRE)

Allergènes	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes graves ou danger de mort	Notes

Résumé des traitements antérieurs

RÉSUMÉ DES TRAITEMENTS EN CONSULTATION EXTERNE (DU PLUS RÉCENT AU PREMIER)

Date du début du traitement	Durée du traitement	Nom du centre / programme	Type de traitement	Notes

RÉSUMÉ DES HOSPITALISATIONS / TRAITEMENTS HORS DU DOMICILE (DU PLUS RÉCENT AU PREMIER)

Date de l'admission	Durée de l'hospitalisation	Nom de l'établissement	Motif de l'admission	Notes

Résumé des services actuels

Santé physique Santé mentale Consommation de drogues Concomitant Pharmacie Services de développement Autre

Fournisseur _____ Téléphone _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Notes _____

Santé physique Santé mentale Consommation de drogues Concomitant Pharmacie Services de développement Autre

Fournisseur _____ Téléphone _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Notes _____

Santé physique Santé mentale Consommation de drogues Concomitant Pharmacie Services de développement Autre

Fournisseur _____ Téléphone _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Notes _____

Santé physique Santé mentale Consommation de drogues Concomitant Pharmacie Services de développement Autre

Fournisseur _____ Téléphone _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Notes _____

Résumé des renseignements relatifs aux études et (ou) au travail

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

SANS OBJET

NE PAS CONTACTER

Nom de l'établissement _____ Année _____

Genre de programme _____

1^{re} personne à contacter _____

Titre _____ Tél. _____

2^e personne à contacter _____

Titre _____ Tél. _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAIL

SANS OBJET

NE PAS CONTACTER

Nom de l'entreprise _____

Titre de poste _____ Tél. _____

Contact préférentiel _____

Titre _____ Tél. _____

Je veux partager ce plan avec : _____ *

* Si vous voulez que le fournisseur partage ce plan, veuillez donner votre consentement.