



Plan de secours pour les aidants naturels



ORGANISME DE SOUTIEN AUX

aidants naturels

DE L'ONTARIO



Plan de secours pour les aidants naturels : Feuille de travail pour l'élaboration de votre plan

Avoir un plan de secours en cas de maladie et d'incapacité à fournir des soins peut vous aider à avoir l'esprit tranquille. Votre plan de secours vous permettra de garantir que la personne dont vous vous occupez continue de recevoir un soutien. Cette feuille de travail a été élaborée pour vous aider à établir un plan de secours. Vous pouvez l'utiliser en parallèle avec le [Plan de secours](#) OU [le carnet de route des soins de santé](#). Veuillez en fournir une copie à la personne dont vous vous occupez, aux autres membres de l'équipe de soins ainsi qu'aux personnes que vous avez inscrites sur la liste des remplaçants.

Merci aux personnes aidantes naturelles qui ont aidé l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario à créer cette ressource.

Considerations:

- Dans la mesure du possible, créez ce plan avec la personne dont vous vous occupez. Apprenez-en davantage sur [la protection de la vie privée et le consentement en matière de santé](#).
- Ayez de temps en temps des conversations sur le plan d'urgence.
- Dressez la liste des mesures à prendre pour la personne aidée dans un endroit qu'elle pourra trouver facilement. Cela l'aidera à prendre les mesures nécessaires pour trouver de l'aide en cas d'urgence.
- Parlez de votre plan aux prestataires de services et à la famille, aux amis et aux voisins. Demandez-leur s'ils peuvent vous aider en cas d'urgence, donnez des exemples de ce qu'ils peuvent faire et fournissez-leur, au besoin, une copie du plan.



Ce plan est en place pour (nom) :

Personne aidante naturelle principale :

Relation :

Date à laquelle ce plan a été mis à jour :

En cas d'urgence, veuillez appeler (citez 1-3 personnes à contacter en cas d'urgence qu'on peut rejoindre immédiatement) :

Nom	Relation	Coordonnées



Renseignements de base sur la personne aidée

Date de naissance :	
Langue préférée :	
Surnom :	
Passe-temps :	
Lieu préféré :	
Nourriture et boisson préférées :	
Appareils de mobilité ou de santé utilisés :	
Toute autre information importante peut être notée ici (p. ex., ce qui est un déclencheur majeur d'anxiété, les autres choses qu'elle aime faire).	



Diagnostiques/handicaps/difficultés rencontrés :

- Documentez tous les diagnostics (maladies) dont la personne aidée a été informée par un professionnel de la santé.
- Quels sont les défis ou les handicaps auxquels elle fait face (émotionnels, mentaux, physiques)?
- Quelles considérations doivent être prises en compte pour ces handicaps/difficultés (p. ex., pompe à insuline nécessaire...).

Médicaments ou compléments prescrits	Dosage
Allergies:	



Équipe de soin

Citez tous les membres de l'équipe de soins actuelle (préposés, médecin, cliniques, pharmacie, famille, amis, voisins) :

Nom	Role	Coordonnées	Notes
Exemple : Dr. Wilson	Médecin de famille	519-322-7785	Très serviable et a une copie du plan de soins dans le dossier - une ordonnance mensuelle pour les analyses de sang est en place.



Services en place

(quels sont les services auxquels elle a déjà accès, où est-elle inscrite pour les programmes ou les registres de personnes vulnérables)

Type de service	Prestataire de service	Coordonnées	Notes
Exemple : Préparation des repas	Service de repas à domicile	Nom et No de téléphone/ adresse courriel	Livraison des repas 3 jours par semaine
Bracelet Medic Alert pour les diabétiques	Medic Alert	No de téléphone	Frais annuels de ____ payés en juillet : No d'inscription

Calendrier

(s'il y a des rendez-vous réguliers ou des routines, notez-les ici avec leur fréquence)

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

**Directives relatives aux soins d'urgence**

P. ex., pas de transfusion sanguine, ordonnance de non-réanimation en place, renseignements sur le parent le plus proche ou le mandataire.

Pensez à dire à l'une de vos personnes à contacter en cas d'urgence où vous gardez les documents importants à la maison afin qu'elle puisse les retrouver en cas de besoin.

Factures/Frais à payer

Type	Montant	Date à laquelle le paiement est requis	Compagnie	Notes
Loyer/hypothèque				
Services publics				
Médicaments				
Téléphone/Internet				
Autres frais de service				
Adhésions				



Autres Notes

Symptômes à surveiller :	
Signes avant-coureurs d'agitation, de confusion, d'anxiété, de douleur, etc. :	
Comment aider : P. ex., lorsque [inscrire le nom] est anxieux/se, voici ce qui peut l'aider : ce qu'il faut dire ce qu'il faut faire	
Tout autre projet ayant fait l'objet d'une discussion (p. ex., la situation de vie).	
Conseils et stratégies pour les soins :	



Ressources supplémentaires de l'OSANO pour vous aider à remplir cette feuille de travail :

Plan de secours

<https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2020/03/Ontario-Caregiver-Organization-Avez-vous-en-plan.pdf>

Mon carnet de route des soins de santé

<https://ontariocaregiver.ca/fr/prendre-soin-dune-personne-agee/#mon-carnet>

Ressources sur la protection de la vie privée et le consentement en matière de santé

<https://ontariocaregiver.ca/wp-content/uploads/2021/08/At-a-glance-Understanding-health-privacy-and-consent-for-CAREGIVERS-FRENCH-Aug4.pdf>