



Plan de relève pour les personnes aidantes



ORGANISME DE SOUTIEN AUX

aidants naturels

DE L'ONTARIO



Plan de relève pour les personnes aidantes : Feuille de travail pour l'élaboration de votre plan

Avoir un plan de relève en cas de maladie ou d'incapacité à fournir des soins peut vous apporter une plus grande tranquillité d'esprit. Votre plan permet de s'assurer que la personne dont vous prenez soin continue de recevoir le soutien dont elle a besoin. Cette feuille de travail vous aide à établir ce plan de relève. Vous pouvez l'utiliser en parallèle avec le [Formulaire de renseignements en cas d'urgence](#) ou le [Carnet de route des soins de santé](#). Veuillez en fournir une copie à la personne dont vous prenez soin, aux autres membres de l'équipe de soins et aux personnes inscrites sur la liste des remplaçant·e·s.

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

Considérations :

- Dans la mesure du possible, élaborer ce plan avec la personne dont vous prenez soin. Informez-vous sur la [protection de la vie privée et le consentement en matière de santé](#).
- Discutez du plan de relève de temps à autre pour le garder à jour.
- Dressez la liste des mesures à prendre pour la personne aidée dans un endroit facilement accessible : cela facilitera la recherche d'aide en cas d'urgence.
- Parlez de votre plan aux prestataires de services, aux membres de la famille, aux ami·e·s et aux voisin·e·s. Demandez-leur s'ils peuvent intervenir en cas d'urgence, donnez des exemples concrets des tâches qu'ils pourraient accomplir et fournissez-leur, au besoin, une copie du plan.



Ce plan est en place pour (nom) :

Personne aidante naturelle principale :

Relation :

Date de la dernière mise à jour :

En cas d'urgence, appeler (1-3 personnes pouvant être jointes immédiatement) :

Nom	Relation	Coordonnées



Renseignements de base sur la personne aidée

Date de naissance :	
Langue préférée :	
Surnom :	
Passe-temps :	
Endroit préféré :	
Nourriture et boisson préférées :	
Appareils de mobilité ou dispositifs médicaux utilisés :	
Autres informations importantes (p. ex. facteurs déclencheurs d'anxiété, activités appréciées) :	



Diagnosics, incapacités et difficultés rencontrées :

- Documentez tous les diagnostics dont la personne aidée a été informée par un·e professionnel·le de la santé.
- Quelles difficultés ou incapacités rencontre-t-elle (émotionnelles, mentales, physiques) ?
- Quelles considérations spécifiques faut-il prendre en compte (p. ex. pompe à insuline, restrictions alimentaires, procédures particulières) ?

Médicaments ou compléments prescrits	Dosage
Allergies:	



Équipe de soin

Citez tous les membres actuels de l'équipe de soins (préposé·e·s, médecin, cliniques, pharmacie, famille, ami·e·s, voisin·e·s) :

Nom	Rôle	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

Notez les services que la personne reçoit déjà. Est-ce qu'elle est inscrite à un registre 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

(Si des rendez-vous réguliers ou routines existent, notez-les ici avec leur fréquence)

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche



Directives relatives aux soins d'urgence

Y a-t-il des informations importantes à connaître concernant les soins d'urgence (p. ex. : refus de transfusion sanguine, ordonnance de non-réanimation, personne à contacter, mandataire, etc.) ?

Note : Pensez à informer au moins une de vos personnes à contacter en cas d'urgence de l'endroit où vous conservez vos documents importants à la maison, afin qu'elle puisse les retrouver facilement 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 (agitation, confusion, anxiété, douleur, etc.) :	
Comment aider (Ex. : quand [nom] est anxieux·se, voici ce qui aide :) Ce qu'il faut dire Ce qu'il faut faire	
Tout autre sujet discuté (p. ex. situation de logement, arrangements à long terme) :	
Conseils et stratégies pour les soins :	



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

Plan de relève et planification en cas d'urgences

<https://aidantsontario.ca/gestion/plan-de-secours/>

Carnet de soins pour les personnes aidantes

<https://aidantsontario.ca/gestion/trousses/>

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

<https://aidantsontario.ca/gestion/consentement/>

