



CAHIER DE GESTION DE SOINS MÉDICAUX

JOURNAL DU PATIENT

ÉDITION 2019

CE DOCUMENT A ÉTÉ PRODUIT GRÂCE À UN DON SANS RESTRICTION
DE ACTELION PHARMACEUTIQUES CANADA INC.



JOURNAL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM :			SEXE	
			Masculin	Féminin
ADRESSE :			NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
PROVINCE :			DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
			AAAA-MM-JJ	
TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL :	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL :	TÉLÉPHONE CELLULAIRE :	DON D'ORGANES :	
			OUI	NON
MÉDECIN DE PREMIER RECOURS :		TÉLÉPHONE :	GROUPE SANGUIN :	
1 ^{RE} PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :				
TÉLÉPHONE :		LIEN :		CONDITIONS MÉDICALES :
ADRESSE DE LA 1 ^{ERE} PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :				
TÉLÉPHONE N° 2 :				
2 ^E PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :			ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES :	
TÉLÉPHONE :		LIEN :		
ADRESSE DE LA 2 ^E PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :				
TÉLÉPHONE N° 2 :				

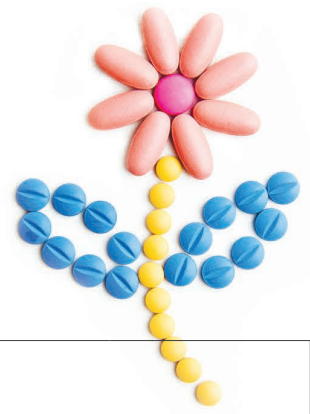


JOURNAL D'EMPLOI

NOM DE L'EMPLOYEUR:	ÉTUDIANT:	OUI	NON
	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL:		
ADRESSE:	DESCRIPTION D'EMPLOI:		
ASSURANCES			
COMPAGNIE D'ASSURANCE PRINCIPALE:			
ADRESSE:	N° DU CONTRAT:		
TÉLÉPHONE:	GROUPE:		
TITULAIRE DE LA POLICE:	LIEN DE PARENTÉ:		
COMPAGNIE D'ASSURANCE SECONDAIRE:			
ADRESSE:	N° DU CONTRAT:		
TÉLÉPHONE:	GROUPE:		
TITULAIRE DE LA POLICE:	LIEN DE PARENTÉ:		
N° D'ASSURANCE MÉDICAMENTS:	N° DE CARTE(S) D'HÔPITAL:		
COMMENTAIRES:			



JOURNAL DES MÉDICAMENTS



1 ^{re} Pharmacie:			TÉLÉPHONE:		
2 ^e Pharmacie:			TÉLÉPHONE:		
MÉDICAMENTS					
NOM DU MÉDICAMENT ET DOSAGE	DOSE	HEURE	NOMBRE DE FOIS/JOUR	DATE (DÉBUT)	RAISON
COMMENTAIRES:					

JOURNAL DES HOSPITALISATIONS ET/OU CHIRURGIES

HÔPITAL	DATE D'ADMISSION	DATE DE LA CHIRURGIE	DATE DE SORTIE
TÉLÉPHONE:		SERVICE INTERNE/SERVICE EXTERNE:	
RAISON DE L'HOSPITALISATION/CHIRURGIE:			
ADRESSE:		NOM DU MÉDECIN/CHIRURGIEN:	
COMPLICATIONS:			

HÔPITAL	DATE D'ADMISSION	DATE DE LA CHIRURGIE	DATE DE SORTIE
TÉLÉPHONE:		SERVICE INTERNE/SERVICE EXTERNE:	
RAISON DE L'HOSPITALISATION/CHIRURGIE:			
ADRESSE:		NOM DU MÉDECIN/CHIRURGIEN:	
COMPLICATIONS:			
COMMENTAIRES:			

JOURNAL DES HOSPITALISATIONS ET/OU CHIRURGIES *(suite)*

HÔPITAL	DATE D'ADMISSION	DATE DE LA CHIRURGIE	DATE DE SORTIE
TÉLÉPHONE:		SERVICE INTERNE/SERVICE EXTERNE:	
RAISON DE L'HOSPITALISATION/CHIRURGIE:			
ADRESSE:		NOM DU MÉDECIN/CHIRURGIEN:	
COMPLICATIONS:			

HÔPITAL	DATE D'ADMISSION	DATE DE LA CHIRURGIE	DATE DE SORTIE
TÉLÉPHONE:		SERVICE INTERNE/SERVICE EXTERNE:	
RAISON DE L'HOSPITALISATION/CHIRURGIE:			
ADRESSE:		NOM DU MÉDECIN/CHIRURGIEN:	
COMPLICATIONS:			
COMMENTAIRES:			

JOURNAL DES DOCUMENTS LÉGAUX (ORIGINAUX)

- **Testament de vie** - Un document dans lequel le patient précise tout traitement de survie auquel il consent avant d'être reconnu inapte à en décider par lui-même.
- **Procuration de soins de santé** – Il s'agit d'un document juridique par lequel le patient confère à une autre personne le pouvoir de prendre des décisions concernant ses soins médicaux advenant qu'il devienne incapable de communiquer.
- **Formulaire de non réanimation** – Destiné à aider les gens dans les derniers stades d'une maladie terminale ou qui souffrent d'une maladie grave. Il informe les professionnels de la santé qu'ils ne doivent pas entreprendre de manœuvres de réanimation telles que la réanimation cardio-respiratoire (RCR), l'intubation, la défibrillation ou l'administration de certains médicaments, etc.
- **Directive de ne pas réanimer** – Un formulaire où un patient convenablement informé et capable de discernement exprime sa volonté de ne pas être réanimé.
- **Ordonnance de ne pas réanimer** – Instruction rédigée par un médecin dans le dossier d'un patient indiquant de ne pas entreprendre de manœuvres de réanimation afin de maintenir le patient en vie.
- **Acte de naissance**
- **Communication(s) des renseignements médicaux**

Il est fortement recommandé que vous consultiez un avocat ou un notaire afin d'en apprendre davantage au sujet des documents requis ou d'autres documents qui pourraient s'avérer pertinents en fonction de votre situation personnelle.

AVERTISSEMENT

Parce que les manifestations et la gravité de la sclérodémie varient selon les personnes, une prise en charge médicale personnalisée s'avère indispensable. La *Société de sclérodémie du Canada et Sclérodémie Québec* ont conçu le classeur médical à titre d'outil de gestion. Nous recommandons vivement aux patients de discuter de tout traitement avec leur(s) médecin(s) afin d'obtenir une évaluation et des recommandations de traitement appropriées.

NOTRE MISSION

SOUTIEN



Soutenir les patients atteints de sclérodemie en promouvant la sensibilisation et l'éducation des patients.

INFORMATION



Sensibiliser le public et développer des outils d'information pour le grand public et les intervenants de la communauté médicale.

RECHERCHE



Encourage and support leading edge research in Manitoba and Canada



Scleroderma
M A N I T O B A

SCLERODERMA MANITOBA

Phone: 204-510-2855
Email: info@sclerodermamanitoba.com

sclerodermamanitoba.com

Numéro d'organisme de bienfaisance 89808 9693 RR0001



FORMULAIRE DE DON

Nom :		Date :	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone :		Courriel :	
<input type="checkbox"/> Je suis atteint(e) de sclérodémie* <input type="checkbox"/> Je suis un proche d'une personne atteinte* <small>*ces informations demeureront confidentielles</small>		Je désire recevoir Le Bulletin <input type="checkbox"/> par la poste <input type="checkbox"/> par courriel <input type="checkbox"/> Je veux m'inscrire à l'infolettre de Sclérodémie Québec	
Voici mon don au montant de :		<input type="checkbox"/> 200\$ <input type="checkbox"/> 100\$ <input type="checkbox"/> 50\$ <input type="checkbox"/> 25\$	Autre : \$
<input type="checkbox"/> Chèque ci-joint		<input type="checkbox"/> Je désire un reçu pour fins d'impôt	
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	Numéro de carte :	Date d'expiration : (____/____)
Nom tel qu'il apparaît sur la carte :		Signature :	
Note: Pour les paiements par carte de crédit, SVP nous retourner le formulaire par télécopieur au 514-666-1639 ou par la poste à l'adresse mentionnée ci-haut.			
Si vous désirez faire votre don en mémoire ou en l'honneur d'une personne appréciée, veuillez compléter la section ci-dessous.			
<input type="checkbox"/> En mémoire de :			
<input type="checkbox"/> En l'honneur de :			
<input type="checkbox"/> Personne à aviser (une carte lui sera envoyée, précisant votre nom) :			
Adresse :			
<input type="checkbox"/> J'aimerais plus de renseignements sur la façon de faire un legs testamentaire à Sclérodémie Québec			