

Mon plan de soutien Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Date de réalisation : _____

Date de révision (le cas échéant) : _____

Rempli par : _____

MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

| | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------|--|
| Nom : | | Date de naissance : | |
| Adresse : | | Téléphone : | |
| Type de résidence : | | Date d'emménagement : | |
| Gestionnaire ou superviseur : | | | |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Capacité juridique : | <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Biens <input type="checkbox"/> Soins personnels Comment la personne est-elle soutenue pour prendre ses propres décisions? | |
| | <input type="checkbox"/> Subrogé <input type="checkbox"/> Biens <input type="checkbox"/> Soins personnels <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Biens <input type="checkbox"/> Soins personnels <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Mandataire Nom : Adresse : Téléphone : Date d'échéance : Quels pouvoirs ont été désignés? | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|--|
| Commission des services de santé du Manitoba : | | Numéro d'identification personnel : | | Numéro d'assurance sociale : | |
| Aide à l'emploi et au revenu : | | Traité : | | Autre : | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Parent le plus proche : Nom : | | Travailleur des services communautaires : Nom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Téléphone : | | Téléphone : | |
| Aide à l'emploi et au revenu : Nom : | | Autre soutien : Nom : | |
| Adresse : | | Adresse : | |
| Téléphone : | | Téléphone : | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Date du dernier plan centré sur la personne : Au dossier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Date du dernier plan financier : Au dossier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
|---|--|--|--|

| |
|---|
| Mon emploi, programme de jour ou établissement scolaire |
| <p>Nom de l'employeur ou du programme :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Type d'emploi ou de programme :</p> <p>Superviseur :</p> <p>Date de début :</p> <p>Transport :</p> |

APPRENDRE À ME CONNAÎTRE

Mes points forts et mes centres d'intérêt

Habitudes quotidiennes

Personnes qui comptent pour moi

Mes aptitudes à communiquer

INFORMATION IMPORTANTE CONCERNANT MA SANTÉ

Professionnels de la santé

| | |
|--|---|
| Médecin : Téléphone : Adresse : Dernier rendez-vous : Prochain rendez-vous : | Dentiste : Téléphone : Adresse : Dernier rendez-vous : Prochain rendez-vous : |
| Audiologiste : Téléphone : Adresse : Dernier rendez-vous : Prochain rendez-vous : | Ophtalmologiste : Téléphone : Adresse : Dernier rendez-vous : Prochain rendez-vous : |

| | |
|--|--|
| Neurologue : Téléphone : Adresse : Dernier rendez-vous : Prochain rendez-vous : | Psychiatre : Téléphone : Adresse : Dernier rendez-vous : Prochain rendez-vous : |
| Pharmacie : Téléphone : Adresse : Téléc. : | Autre : |

Mon état de santé

Mes antécédents médicaux

Ma consommation de médicaments

Dossier d'administration médicale requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Protocoles médicaux

Protocole de crise requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Protocole PRN requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Plan de soins de santé/plan de
délégation du personnel infirmier

☐ S.O. ☐ OUI

☐ AU DOSSIER

Autre _____

☐ S.O. ☐ OUI

☐ AU DOSSIER

Allergies/réactions allergiques

INFORMATION IMPORTANTE POUR MES SOINS PERSONNELS ET MES

Capacités physiques et mobilité

Matériel requis

Physiothérapie et ergothérapie

Évaluation en ergothérapie requise

☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Date _____

Détails :

Évaluation en physiothérapie requise

☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Date _____

Détails :

Alimentation, régime alimentaire et nutrition

Plans/protocoles pertinents requis

☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Bain

Toilette

Autres habitudes de soins personnels

Habillage

Soins buccaux

Soins de la peau

Sommeil

Finances

SOUTENIR MA SÉCURITÉ ET MON AUTONOMIE

Soutenir l'autonomie à domicile

Plan de soutien individualisé requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Soutenir l'autonomie dans la collectivité

Plan d'accès communautaire requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER
 Protocole relatif aux personnes disparues requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Défis liés au soutien

Plan de soutien comportemental requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER
 Pratiques restrictives/plan de restriction requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

Situation d'urgence

Plan de crise requis ☐ S.O. ☐ OUI ☐ AU DOSSIER

REGISTRE DES SIGNATURES

En apposant votre signature ci-dessous, vous indiquez que vous avez lu le plan de soutien ci-joint et que vous en comprenez le contenu.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que vous disposez de tous les renseignements nécessaires pour bien comprendre comment le soutien est apporté à une personne.

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____

Date : _____ Initiales : _____ Signature : _____