



HME
 MCH
 HNM
 MNH
 HGM
 MGH
 ITM
 MCI
 HRV
 RVH
 CL
 LC



Préparation de la transition des parents: de 14 à 16 ans

Parent Transition Preparation : Ages 14 to 16 years

Projet Pilote

Page 1 de/of 2

Le travailleur de la santé remplit ce formulaire avec le parent ou le tuteur

Âge actuel du patient ans

Point	Oui	Partielle- ment	Non	Mesures requises	Initials	Date AAYY / MM / JD
1 Comprend que son enfant, à mesure qu'il vieillit, assumera de plus en plus la responsabilité de ses soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 Encourage l'adolescent à diriger le rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
a) Fournit de l'information supplémentaire après que l'adolescent ait parlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 Comprend les capacités et/ou les limites du développement de son adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 Encourage l'adolescent à assumer la responsabilité (selon sa capacité) de ses propres soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
a) Conserve un rôle actif dans la supervision et le soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Aide l'adolescent à conserver une liste à jour de ses médicaments et des doses à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 Explique l'importance d'un mode de vie sain et actif (exercice, alimentation, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Initiales	Nom en lettres moulées	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Préparation de la transition des parents: de 14 à 16 ans

Parent Transition Preparation : Ages 14 to 16 years

Projet Pilote

Page 2 de/of 2

Le travailleur de la santé remplit ce formulaire avec le parent ou le tuteur

Point	Oui	Partielle- ment	Non	Mesures requises	Initials	Date AAYY / MM / JD
6 Favorise la participation de l'adolescent aux corvées familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 Peut expliquer l'importance de l'école et de la réussite pour l'adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 Peut expliquer l'importance d'une intervention rapide en cas de problèmes cognitifs ou comportementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9 Encourage l'adolescent à participer à des activités sociales adaptées à son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 Points spécifiques du diagnostic :						

Initiales	Nom en lettres moulées	Signature