

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



**Préparation de la transition des adolescents: de 14 à 16 ans**  
**Adolescent Transition Preparation : Ages 14 to 16 years**

**Projet Pilote**

Page 1 de/of 2

Le travailleur de la santé remplit ce formulaire avec le patient

Âge actuel du patient  ans

Point	Oui	Partielle-ment	Non	Mesures requises	Initials	Date AAYY / MM / JD
<b>1 Rendez-vous médical</b>						
a) Peut expliquer succinctement son état médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Donne activement des détails de ses antécédents médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Démontre des connaissances de base de son plan thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Connaît le nom et la raison des examens médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) A une méthode pour se rappeler ses rendez-vous médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>2 Médicaments et autres traitements</b>						
a) En connaît le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Sait à quoi ils servent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) A une ou des méthodes pour se rappeler quand les prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) En conserve une liste à jour dans son portefeuille, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) Peut expliquer les risques de ne pas être adhérent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) Porte une médaille ou un bracelet Medic-Alert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
g) Médicaments en vente libre : i) sait lesquels sont acceptables et pourquoi ii) sait comment trouver de l'information fiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Initiales	Nom en lettres moulées	Signature

# Préparation de la transition des adolescents: de 14 à 16 ans

Adolescent Transition Preparation : Ages 14 to 16 years

## Projet Pilote

Page 2 de/of 2

Le travailleur de la santé remplit ce formulaire avec le patient

Point	Oui	Partielle-ment	Non	Mesures requises	Initials	Date AAYY / MM / JD
<b>3 Préparation à une vie autonome</b>						
a) Peut expliquer les conséquences de son état de santé sur sa vie scolaire et sa vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Peut expliquer ses forces et faiblesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Explique sa participation aux corvées ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Peut parler des possibilités de travail à temps partiel ou de travail d'été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>4 Mode de vie : Démontre qu'il possède les notions suivantes :</b>						
a) un mode de vie sain et actif (alimentation, exercice, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) des stratégies pour faire de l'exercice et manger au restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) l'importance de la contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) comment obtenir des moyens de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) l'importance de relations sexuelles protégées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) les effets des drogues et de l'alcool sur son état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>5 Points spécifiques du diagnostic :</b>						

Initiales	Nom en lettres moulées	Signature