



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



Préparation de la transition des adolescents: de 17 à 18 ans

Adolescent Transition Preparation : Ages 17 to 18 years

Projet Pilote

Page 1 de/of 3

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
1 Rendez-vous médical						
a) Peut expliquer clairement son état médical et ses antécédents récents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Se prépare au rendez-vous ex., dresse une liste de ses questions et de ses préoccupations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Démontre sa compréhension du 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) Fait le suivi de ses propres rendez-vous et examens médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) Peut prendre et modifier ses propres rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
g) Sait comment demander de l'aide d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
h) Reconnaît les symptômes qui exigent des soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) Comprend les conséquences à court, moyen et long terme de sa maladie sur le plan :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) des complications potentielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ii) des stratégies pour réduire ou contrôler les complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
iii) de son caractère héréditaire	<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 adolescents: de 17 à 18 ans

Adolescent Transition Preparation : Ages 17 to 18 years

Projet Pilote

Page 2 de/of 3

Le travailleur de la santé remplit ce formulaire avec le patient

Point	Oui	Partielle-ment	Non	Mesures requises	Initials	Date AAYY / MM / JD
iv) de la sexualité, de fertilité et de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
j) Tient à jour et transporte un carnet de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 Médicaments et autres traitements						
a) En comprend les indications, les effets secondaires et les interactions potentielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Remplit ou renouvelle ses propres prescriptions ou fournitures médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Comprend les risques de ne pas les respecter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
i) Peut nommer des moments où il est plus difficile de prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ii) Peut décrire ses stratégies personnelles pour vaincre ces obstacles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Porte une médaille ou un bracelet Medic-Alert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) Médicaments en vente libre : sait lesquels sont acceptables, quand les prendre et comment trouver de l'information fiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 Mode de vie et vie quotidienne						
a) Comprend comment mener une vie saine et active (p. ex., exercice, alimentation, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Peut discuter de ses propres stratégies pour faire de l'exercice et manger au restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Peut décrire l'importance de relations sexuelles protégées, de la contraception et de l'accès à la contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) Peut décrire les conséquences des drogues et de l'alcool sur son état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Initiales	Nom en lettres moulées	Signature

Préparation de la transition des adolescents: de 17 à 18 ans

Adolescent Transition Preparation : Ages 17 to 18 years

Projet Pilote

Page 3 de/of 3

Le travailleur de la santé remplit ce formulaire avec le patient

Point	Oui	Partielle- ment	Non	Mesures requises	Initials	Date AAYY / MM / JD
4 Préparation à une vie autonome						
a) Démontre sa capacité de vaquer aux activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Détermine la nécessité (s'il y a lieu) de prendre des dispositions adaptées pour l'école ou le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Comprend les droits juridiques des personnes ayant une inaptitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) A des plans concrets en matière de poursuite de la formation ou de l'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) A pris des mesures pour se pourvoir d'un revenu ou de prestations d'invalidité, au besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) Est en mesure de décrire sa propre couverture d'assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 Points spécifiques du diagnostic :						

Initiales	Nom en lettres moulées	Signature