



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

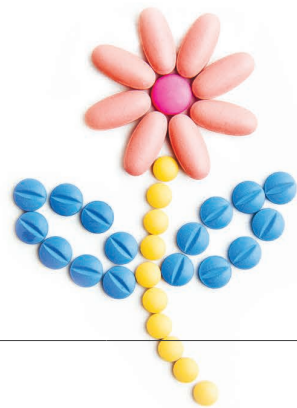
NOM :			SEXE	
			Masculin	Féminin
ADRESSE :			NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
PROVINCE :			DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
			AAAA-MM-JJ	
TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL :	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL :	TÉLÉPHONE CELLULAIRE :	DON D'ORGANES :	
			OUI	NON
MÉDECIN DE PREMIER RECOURS :		TÉLÉPHONE :	GROUPE SANGUIN :	
1 ^{RE} PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :				
TÉLÉPHONE :	LIEN :			
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 :			ALLERGIES ALIMENTAIRES OU ENVIRONNEMENTALES :	
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:			

Three flowers made of pills are arranged on a white background. The largest flower, on the left, has a bright pink center and eight light pink petals. To its right is a medium-sized flower with a yellow center and six blue petals. Below the pink flower is a small flower with a white center and five yellow petals.



MÉDICAMENTS *(suite)*

1^{re} Pharmacie :

TÉLÉPHONE :

2^e Pharmacie :

TÉLÉPHONE :

MÉDICAMENTS

NOM DU MÉDICAMENT ET DOSAGE	DOSE	HEURE	NOMBRE DE FOIS/JOUR	DATE (DÉBUT)	RAISON

COMMENTAIRES :

A blue stethoscope is positioned on a green grid background. A white ECG line is drawn across the grid, with the stethoscope's tubing following the path of the line. The stethoscope has a silver-colored chest piece and a blue tube. The grid is composed of small green squares, and the ECG line is a thick white line. The overall image is a 3D rendering with soft shadows.

8

A blue stethoscope is positioned on a green grid background. A blue ECG line is drawn across the grid, starting from the bottom left and moving towards the top right. The stethoscope's chest piece is at the bottom left, and its ear pieces are at the top right. The ECG line starts near the chest piece and follows a path that suggests a heartbeat, ending near the ear pieces. The overall image is a conceptual representation of medical monitoring and health.



JOURNAL DES SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX

[illegible]

11

JOURNAL DES RENSEIGNEMENTS DENTAIRES

NOM DU DENTISTE :		ADRESSE :		
TÉLÉPHONE :		COMMENTAIRES :		
COMPAGNIE D'ASSURANCES DENTAIRES				
ADRESSE :		TÉLÉPHONE :		
		NO DU CONTRAT :		
		GROUPE :		
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :		LIEN DE PARENTÉ :		
SÉCHERESSE DE LA BOUCHE				
DATE	NOM DU DENTISTE	EXAMEN	RÉSULTATS	COMPLICATION/COMMENTAIRE/ TRAITEMENT

13

COMMENTAIRES:

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:			

18

JOURNAL DES VISITES AUPRÈS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

Les patients atteints de sclérodermie présentent un large éventail de manifestations symptomatiques. Ces problèmes médicaux nécessitent la consultation de plusieurs professionnels de la santé. Veuillez utiliser cette page afin d'inscrire vos visites auprès de spécialistes tels que rhumatologues, pneumologues, cardiologues, gastro-entérologues, dermatologues, néphrologues, chirurgiens vasculaires, etc.

[illegible]

JOURNAL DES VISITES AUPRÈS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES *(suite)*

[illegible]

PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD

(Changement de couleur et engourdissement
des doigts provoqués par le froid ou le stress)

SYMPTÔMES SÉVÉRITÉ ÉCHELLE 1 (PEU) À 10 (GRAVE)	FRÉQUENCE: DATE, HEURE, DURÉE	MESURES DE PROTECTION CONTRE LE FROID ET LE STRESS	MÉDICAMENT OU TRAITEMENT	CAPILLAROSCOPIE/ DATE
COMMENTAIRES:				

ULCÈRES DIGITAUX

Plaie(s) douloureuse(s) au bout des doigts
et/ou des orteils et qui prend (prennent) du temps à guérir

SYMPTÔMES	DATE	MESURES DE PROTECTION	MÉDICAMENT OU TRAITEMENT
COMMENTAIRES:			

LISTE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

[illegible]

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 sclérodermie varient selon les personnes, une prise en charge médicale personnalisée s'avère indispensable. La *Société de sclérodermie du Canada et Sclérodermie 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.



SCLÉRODERMIE QUÉBEC

550, chemin de Chambly, bureau 40,
Longueuil (Québec) J4H 3L8

Téléphone : 514-990-6789 • Télécopieur : 514-666-1639

www.sclerodermie.ca

info@sclerodermie.ca

NOTRE MISSION

SOUTIEN



Aider les personnes atteintes
de sclérodermie en leur
offrant du soutien moral ou médical.

RECHERCHE



Amasser des fonds pour la recherche
sur la sclérodermie.
Stimuler et contribuer financièrement à la
recherche afin de vaincre la maladie.

INFORMATION



Développer des outils d'information
pour la population et les intervenants
du milieu médical.



SCLÉRODERMIE QUÉBEC

550, chemin Chambly, bureau 40

Longueuil QC J4H 3L8

Téléphone : 514-990-6789 • Télécopieur : 514-666-1639

Courriel : info@sclerodermie.ca

sclerodermie.ca

Numéro d'organisme de bienfaisance 89808 9693 RR0001



FORMULAIRE DE DON

Nom :		Date :	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone :		Courriel :	
☐ Je suis atteint(e) de sclérodermie*		Je désire recevoir Le Bulletin	
☐ Je suis un proche d'une personne atteinte*		☐ par la poste ☐ par courriel	
*ces informations demeureront confidentielles		☐ Je veux m'inscrire à l'infolettre de Sclérodermie Québec	
Voici mon don au montant de :		☐ 200\$ ☐ 100\$ ☐ 50\$ ☐ 25\$	Autre : \$
☐ Chèque ci-joint		☐ Je désire un reçu pour fins d'impôt	
☐ Visa	☐ 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.			
☐ En mémoire de :			
☐ En l'honneur de :			
☐ Personne à aviser (une carte lui sera envoyée, précisant votre nom) :			
Adresse :			
☐ J'aimerais plus de renseignements sur la façon de faire un legs testamentaire à Sclérodermie Québec			