******

***\*****Vous pouvez modifier l’outil pour qu’il ait l’aspect que vous souhaitez. Vous pouvez supprimer ou ajouter des parties et écrire ce que vous voulez, mais faites preuve de la plus grande concision possible.\**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom (prénom et nom de famille):** |  |
| **Nom que j’aime (ou que mon enfant aime) utiliser:** |  |
| **Sexe:** |  |
| **Pronoms (p. ex. il/lui, elle, iel):**   |  |  | | --- | --- | | **Mes parents connaissent mes pronoms.** | **☐ Oui**  **☐ Non**  **☐ S.O.** | | |
| **Date de naissance (AAAA/MM/JJ):** |  |
| **Langue(s) préférée(s):** |  |
| **Allergies (p.ex. à des aliments, à des médicaments):** | **☐ Non**  **☐ Oui, les voici:** |
| **Sensibilités alimentaires ou environnementales**  **( p.ex. gluten, sucre, parfums)** | **☐ Non**  **☐ Oui, Je suis sensible à :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Condition(s) de santé / diagnostic  **Nom de la condition/du diagnostic et l'année du diagnostic**   |  | | --- | |  | |  | |  |   **Traitement (p.ex. médicaments, thérapie):**   |  | | --- | |  | |  | |  |   **Symptômes actuels (ce que je ressens ou ce que mon enfant ressent):**   |  | | --- | |  | |  | |  |   **Comment je fais (ou mon enfant fait) le suivi des symptômes**   |  | | --- | |  |   **Comment je gère (ou mon enfant gère) cette situation (p.ex. ce qui a fonctionné, ce qui n’a pas fonctionné)**   |  | | --- | |  |   **Les symptômes s'améliorent-ils ou s'aggravent-ils? ☐ S'améliorent ☐ S'aggravent**  **Au cours des trois derniers mois, y a-t-il eu de nouveaux symptômes sans lien avec mon état de santé/diagnostic actuel (ou celui de mon enfant)?**   |  | | --- | |  |   Antécédents hospitaliers:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Date de la plus récente visite à l’hôpital (AAAA/MM/JJ)** | **Raison de la visite** | **Plan de traitement / de suivi** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

Historique des médicaments au cours de l'année écoulée

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom des médicaments:** | 1.  2.  3. |
| **Raison des médicaments:** | 1.  2.  3. |
| **La dose (combien) et la fréquence (combien de fois):** | 1.  2.  3. |
| **Statut actuel (en cours d'utilisation/ en pause/ arrêté):**  **En cas d'arrêt, indiquez pourquoi.** | 1.  2.  3. |
| **Réactions indésirables ou allergiques (par exemple, effets secondaires négatifs)** | 1.  2.  3. |

**☐ On m'a expliqué mes médicaments (ou ceux de mon enfant), leur utilité et leurs effets secondaires.**

Accès aux services

|  |  |
| --- | --- |
| **Existe-t-il des difficultés qui vous empêchent (ou qui empêchent votre enfant) d'obtenir des rendez-vous avec des spécialistes de la santé?** | **Qu'est-ce qui faciliterait votre accès (ou celui de votre enfant) à des services ou à des rendez-vous?** |
| **Exemples:** le transport, le coût, un conflit avec le travail ou l'école, l’anxiété. | **Exemples:** des rendez-vous à certains jours/heures, des objets disponibles dans la salle d'attente ou pendant que vous/votre enfant utilisez les services (p.ex. des objets anti-stress). |
|  |  |
|  |  |

Vos forces, vos défis et vos facteurs déclencheurs (ou ceux de votre enfant):

|  |  |
| --- | --- |
| **Forces**  (p.ex. aime le sport, aime les animaux) |  |
| **Défis**  (p.ex. éprouve de la nervosité en présence de nouvelles personnes) |  |
| **Facteurs déclencheurs**  (p.ex. le aiguilles, le sang) |  |

Les personnes impliquées dans vos soins (ou ceux de votre enfant):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Rôle** | **Coordonnées (numéro de téléphone/courriel** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |