

## EN CAS D'URGENCE

### Dossier de la personne proche aidante

#### A mettre régulièrement à jour et à conserver en tout temps

Si vous avez un bon dossier d'urgence, mis à jour régulièrement, d'autres personnes pourront facilement continuer à aider votre proche si vous ne pouvez plus le faire soudainement. Elles auront toutes les infos nécessaires tout de suite. Cela vous rassure et rend les choses plus sûres pour la personne dont vous vous occupez.

Il peut arriver que, sans prévenir, vous ne puissiez plus aider votre proche, temporairement ou pour plus longtemps. Ce dossier doit donc contenir toutes les infos importantes pour que d'autres puissent prendre le relais sans problème.

#### *Conseils pratiques*

- Préparez ce dossier pendant que tout va bien. Si possible, faites-le avec la personne dont vous vous occupez en lui demandant son avis et son accord. Faites appel à un.e professionnel.le pour vous aider si cela est nécessaire.
- Sauvegardez le dossier sur votre ordinateur ou votre téléphone. Vous pourrez ainsi le modifier facilement ou l'envoyer par e-mail. Imprimez plusieurs copies et gardez-en une dans un endroit facile à trouver.
- Donnez le dossier à toutes les personnes qui pourraient aider en cas d'urgence : contacts d'urgence, membres de la famille, amis, etc.
- N'oubliez pas de le donner aussi aux médecins et aux professionnels de santé qui suivent votre proche.
- Pensez à mettre ce dossier à jour régulièrement, surtout si la situation médicale ou les contacts changent. Vous pouvez modifier le fichier sur l'ordinateur ou ajouter une feuille avec les changements. Notez la date de chaque mise à jour et redonnez la version corrigée à toutes les personnes concernées.
- Veuillez noter que les informations médicales personnelles sont soumises à la protection des données.

## *Contenu*

1. Informations sur la personne dont je m'occupe (à cocher).....	3
2. Contacts en cas d'urgence .....	3
3. Réseau d'aide, médecin de famille .....	4
4. Caisse maladie.....	5
5. Informations médicales sur la personne aidée.....	5
6. Besoins en soins et en assistance.....	6
7. Dispositions existantes .....	7

## 1. Informations sur la personne dont je m'occupe (à cocher)

- Elle vit seul.e
- Elle vit seul.e mais visite un établissement durant la journée
- Elle vit avec moi
- Elle vit en établissement en permanence

Nom et prénom

Date de naissance

Adresse personnelle / de son établissement de jour

Adresse de son établissement

Téléphone

Langue parlée et comprise

Elle a une mauvaise audition (oui / non)

Elle souffre de démence ou autres troubles cognitifs


## 2. Contacts en cas d'urgence

### *Mes coordonnées*

La relation avec la personne dont je prends soins / que j'aide régulièrement (conjoint, parent, etc.)

Son adresse

Son numéro de téléphone

Son adresse e-mail


### *Mon remplaçant / ma remplaçante No. 1*

La relation avec la personne dont je prends soins / que j'aide régulièrement (conjoint, parent, etc.)

Son adresse

Son numéro de téléphone

Son adresse e-mail


### Mon remplaçant / ma remplaçante No. 2

La relation avec la personne dont je prends soins / que j'aide régulièrement (conjoint, parent, etc.)

Son adresse

Son numéro de téléphone

Son adresse e-mail


### S'il m'arrive quelque chose

J'aimerais que mes remplaçants en cas d'urgence fassent ou sachent les choses suivantes. Ce point concerne certains détails de l'organisation, par exemple l'endroit où la clé est cachée, code du coffre à clé, mandat de la banque, biens précieux à mettre à l'abri, animaux à nourrir, etc.

--

## 3. Réseau d'aide, médecin de famille

1. Famille / Amis / Voisins (prénom, nom) :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :


2. Famille / Amis / Voisins (prénom, nom) :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :


Professionnel de référence (médecin de famille) :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse :


Soins à domicile / Pharmacie :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :


#### 4. Caisse maladie

Nom de la caisse :

Numéro d'assuré.e :

Téléphone :

E-mail :


#### 5. Informations médicales sur la personne aidée

(Si la personne que vous aidez vit en institution, il n'est pas nécessaire de remplir cette section).

##### *Maladies et traitements*

--

##### *Allergies à des médicaments ou à des produits de soins médicaux*

--

##### *Liste des médicaments*

<b>Nom du médicament</b>	<b>Dosage / Heure de prise</b>	<b>Autres informations</b>

## 6. Besoins en soins et en assistance

La personne dont je m'occupe a besoin des types de soutien suivants :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistance à plein temps         | <input type="checkbox"/> Aide pour les soins corporels |
| <input type="checkbox"/> Visites régulières               | <input type="checkbox"/> Aide pour aller aux toilettes |
| <input type="checkbox"/> Promenades à l'extérieur         | <input type="checkbox"/> Planification des médicaments |
| <input type="checkbox"/> Lecture du courrier, du journal  | <input type="checkbox"/> Prise des médicaments         |
| <input type="checkbox"/> Soins médicaux professionnels    | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique         |
| <input type="checkbox"/> Repas à domicile                 | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Aide pour se lever et s'habiller | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>  |
| <input type="checkbox"/> Aide pour manger                 |  |

### *Votre routine d'aide*

En quelques mots, quelle est votre routine habituelle en journée quand vous fournissez votre aide ?

### *Alimentation, communication*

Est-ce que votre proche apprécie particulièrement ou n'aime pas du tout certains aliments ou boissons ?

A-t-il ou a-t-elle des allergies alimentaires ?

En cas d'erreur, quel est le comportement adéquat à adopter et quelles sont les stratégies qui apaisent votre proche ?

Si votre proche souffre de troubles cognitifs ou de démence, qu'est-ce qui fonctionne bien pour entrer en communication avec elle ?

## 7. Dispositions existantes

Indiquez ce que la personne aidée a déjà prévu (comme la désignation d'un.e représentant.e thérapeutique, des directives anticipées ou un testament) et où ces documents se trouvent. C'est peut-être le bon moment pour les relire et les mettre à jour si besoin.

### *Représentant.e thérapeutique*

Oui    Date de la dernière mise à jour

Non

Je ne sais pas

Où peut-on trouver ce document ?

### *Directives anticipées*

Oui    Date de la dernière mise à jour

Non

Je ne sais pas

Où peut-on trouver ce document ?

### *Testament / Dernières volontiers*

Oui    Date de la dernière mise à jour

Non

Je ne sais pas

Où peut-on trouver ce document ?