

Voici un formulaire de résumé que vous pouvez utiliser pour noter les renseignements dont vous avez besoin avant de retourner à la maison. Les hôpitaux et les médecins ont parfois des trousse de renseignements ou des brochures destinées aux patients.

Demandez à un des membres de votre équipe médicale s'il possède ce type d'information pour vous. →

Impliquez-vous dans vos soins de santé. Dites-nous si vous avez des questions ou des préoccupations à propos des soins qui vous sont donnés.

Communiquez à un membre de votre équipe médicale votre historique, ainsi que les renseignements sur votre état de santé actuel.

Apportez tous vos médicaments avec vous lorsque vous rendez à l'hôpital ou à un rendez-vous médical.

Dites à un membre de votre équipe médicale si vous avez déjà souffert d'une allergie ou d'une mauvaise réaction à un médicament ou à un aliment.

Assurez-vous de savoir quoi faire lorsque vous retournez à la maison après votre rendez-vous médical ou votre séjour à l'hôpital.



## Ce que je dois savoir avant de retourner à la maison

Mon nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Hôpital : \_\_\_\_\_

Le service ou l'unité où j'ai été traité : \_\_\_\_\_

Les médecins qui m'ont traité : \_\_\_\_\_

Les problèmes de santé qui ont été traités : \_\_\_\_\_

Le traitement médical que j'ai reçu : \_\_\_\_\_

Les directives pour mes soins à domicile : \_\_\_\_\_

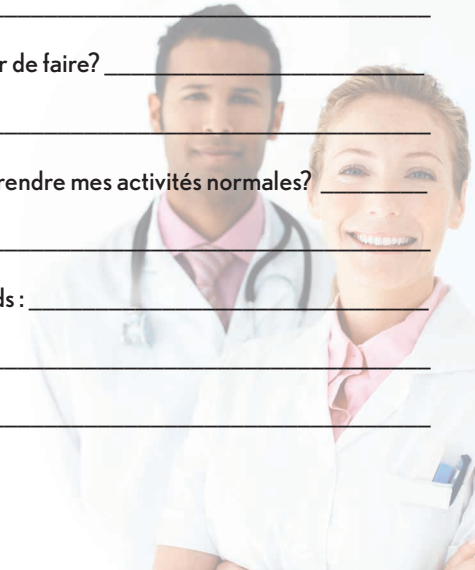
Que dois-je éviter de manger et de boire? \_\_\_\_\_

Quelles sont les activités que je peux faire? \_\_\_\_\_

Quelles sont les activités que je dois éviter de faire? \_\_\_\_\_

Quand puis-je retourner au travail ou reprendre mes activités normales? \_\_\_\_\_

Nom du (des) médicament(s) que je prends : \_\_\_\_\_



Comment prendre le ou les médicaments : \_\_\_\_\_

Rendez-vous de suivi : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone à composer si vous avez des questions ou si vous avez des problèmes : \_\_\_\_\_

Autres renseignements importants : \_\_\_\_\_

**Veillez détacher cette carte et conserver ces renseignements importants dans votre portefeuille.**

[www.oha.com](http://www.oha.com)

 OHA Patient Safety Support Service

Le financement de ce projet a été fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du médecin de famille : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Allergies aux médicaments/aliments : \_\_\_\_\_  
Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

**C'est votre santé  
Impliquez-vous**

