

Le saviez-vous ?

Jouer un rôle actif dans vos soins de santé peut vous aider à optimiser les soins reçus de la part de votre inhalothérapeute ou de tout autre professionnel(le) de la santé.

Plusieurs types de traitement autres que pharmaceutiques (médicaments) peuvent avoir un impact majeur sur votre condition de santé. Il importe donc de communiquer toute l'information dont vous disposez.



Vous utilisez un appareil de type CPAP ou BiPAP™, un respirateur ou encore un dispositif d'oxygénothérapie à haut débit pour l'apnée du sommeil ou pour une autre condition médicale ?



Vous recevez de l'oxygène à la maison au repos ou lors de vos déplacements ?



Dites-le aux professionnel(le)s de la santé

Lors d'un rendez-vous prévu avec un(e) professionnel(le) de la santé ou d'un événement soudain (une hospitalisation ou une visite à l'urgence par exemple), certains renseignements, comme les paramètres ventilatoires de votre appareil pour le traitement de l'apnée du sommeil ou d'une autre condition ou la quantité d'oxygène que vous recevez à domicile et les périodes d'utilisation, sont des données essentielles pour votre équipe soignante.

Il peut parfois être difficile de retenir toutes les informations pertinentes à communiquer lors d'un épisode de soins, voici un outil facile à utiliser.

Aide-mémoire

Pour faciliter vos communications lors de vos visites à la clinique médicale, à la pharmacie ou à l'hôpital, nous vous proposons cet aide-mémoire.

Consultez votre inhalothérapeute qui pourra vous aider à inscrire les informations pertinentes.

Imprimez-le recto verso, découpez sur le pointillé, pliez-le en deux et conservez-le avec vous.

Il contient les renseignements importants sur votre condition de santé.



DÉCOUPEZ ICI

Alerte médicale



Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Conditions médicales

Je suis **ventilo-assisté(e)** Je suis **O₂ dépendant(e)**

car je souffre de : _____

Date de la dernière mise à jour : _____



Type de support ventilatoire CPAP BiPAP autre _____

Paramètres IPAP _____ EPAP _____ PEEP _____ f _____

Périodes d'utilisation jour soir nuit autre _____

Oxygénothérapie L/min _____ SpO₂ visée _____

Périodes d'utilisation repos à l'effort autre _____

MD traitant _____ Coordonnées _____

Inhalothérapeute _____ Coordonnées _____

DÉCOUPEZ ICI

PLIEZ ICI

Informations complémentaires



Modèle de l'appareil _____

Type d'interface ventilatoire

- masque facial masque nasal lunettes nasales
 autre _____

Autres informations (p. ex. allergies)

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec le patient : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

PLIEZ ICI