

Encadré 1 : Liste de vérification des transitions des soins

Le soutien des patients, des familles et des aidants peut inclure :

- des directives et des recommandations écrites offertes au moment du congé, qui précisent des plans d'action collaboratifs, des soins de suivi et des objectifs;
- l'accès à un contact désigné à l'hôpital ou dans la communauté pour la continuité des soins et la possibilité de poser des questions;
- l'accès continu à des organismes de santé et de services sociaux et la possibilité d'obtenir d'eux des conseils qui sont appropriés aux besoins et à l'étape de transition et de rétablissement;
- des liens et des renseignements relatifs aux organismes communautaires locaux tels que les associations de survivants d'un AVC, les programmes de visites par les pairs, les organismes de popote roulante et autres;
- les prises de décision communes et la participation dans le cadre de transitions entre les étapes de soins;
- des conseils, une préparation et une évaluation continue visant l'adaptation à un nouveau milieu de vie, les changements en ce qui a trait aux besoins physiques et la plus grande dépendance, les changements sur le plan des fonctions sociales et des activités de loisir, l'incidence sur les autres membres de la famille (p. ex. le conjoint ou partenaire, les enfants), la perte du chez-soi et les difficultés éventuelles en matière de ressources;
- l'accès à des soins de rétablissement et à une réadaptation active afin d'améliorer ou de conserver le niveau de fonctionnement en fonction du plan personnalisé de soins;
- la planification de soins avancés, de soins palliatifs et de soins de fin de vie s'il y a lieu;
- l'accès à un pair (survivant, membre de la famille), si possible, qui a déjà vécu cette transition et qui peut aider le patient à mieux la comprendre;
- les renseignements exacts et mis à jour sur le prochain milieu de soins, ce à quoi le patient et sa famille peuvent s'attendre et comment s'y préparer.