Programme de transition

DATE	NUMERO DE SECTION	NOTES SUR L'EVOLUTION / LES OBJECTIFS

Programme de transition

NOTES

Programme de transition

(C)	CONNAISSANCES DE LA MALADIE	Q_1	Q_2	Q_3
1.	Décrit sa maladie, ses conséquences sur sa sante et son pronostic	○	○	○
2.	Comprend le but et l'action des médicaments	○	○	○
3.	Comprend les effets secondaires du traitement	○	○	○
4.	Connait les membres clés de l'équipe soignante et leurs rôles	○	○	○
(A)	AUTONOMIE			
1.	Vient a tous/une partie de ses rendez-vous	○	○	○
2.	Sait prendre / déplacer les rendez-vous médicaux	○	○	○
3.	Comprend le principe de confidentialité	○	○	○
4.	Sait faire renouveler les ordonnances	○	○	○
5.	Est responsable en partie/ en totalité de la prise de ses traitements	○	○	○
6.	Sait où et comment trouver de l'aide/des renseignements/du soutien	○	○	○
(S)	SANTE ET STYLE DE VIE			
1.	Comprend l'importance du régime alimentaire /de l'activité physique / des soins dentaires	○	○	○
2.	Comprend les risques de la cigarette/de l'alcool/des drogues	○	○	○
3.	Connait les problèmes liés a la sexualité/ grossesse / des MST	○	○	○
(Q)	QUOTIDIEN			
1.	Prend soin de lui/elle, prépare ses repas	○	○	○
2.	Autonome pour se déplacer/voyager	○	○	○
3.	Peut passer des nuits en dehors de chez lui	○	○	○
4.	Profite de la vie	○	○	○

Programme de transition

(EP)	ECOLE ET VIE PROFESSIONNELLE	Q_1	Q_2	Q_3
1.	Comprend l'impact de sa maladie sur la scolarité actuelle et a venir	○	○	○
2.	Assiduité et résultats scolaires	○	○	○
3.	Sait comment avoir des conseils d orientation	○	○	○
4.	A des activités et centres d' intérêts extérieurs	○	○	○
5.	Est en capacité de gérer sa maladie à l'école et au travail	○	○	○
(P)	PSYCHOSOCIAL			
1.	Estime de soi / Confiance en soi	○	○	○
2.	Perception de soi/ de son corps	○	○	○
3.	Relation avec les pairs / Harcèlement	○	○	○
4.	Support des réseaux de soutien / famille / transparence envers les amis	○	○	○
5.	Capacité d'adaptation	○	○	○
(T)	TRANSITION			
1.	Comprend le concept de transition	○	○	○
2.	Approuve le plan de transition	○	○	○
3.	Assiste à des sessions de transition	○	○	○
4.	Visite le service adulte (si approprié)	○	○	○
5.	Voit le médecin généraliste de façon indépendante	○	○	○

Programme de transition

Veuillez cocher et indiquer la date à laquelle le questionnaire a été adressé, les détails doivent être remplis dans la zone de texte en indiquant la section correspondante (par exemple C2, A3, etc.)

DATE	NUMERO DE SECTION	NOTES SUR L'EVOLUTION / LES OBJECTIFS

Inspiré du programme « Ready, Steady, Go » de l'hôpital des Enfants de Southampton