

Programme de transition

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

Programme de transition

NOTES

Suivi de la transition

	<i>Date</i>	<i>Signature</i>
A vos marques	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prêt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Partez	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROGRAMME DE TRANSITION

Nom : _____ Hôpital : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Date début de transition : _____

Ecole/collège : _____

Numéro de téléphone fixe : _____

E-mail : _____

Numéro de mobile : _____

Diagnostic : _____

Date visée pour le transfert : _____

Résumé de sortie avant transfert : _____

Documents : _____ **Date :** _____

Livret de transition (enfants/jeunes) _____

Livret de transition (adultes/tuteurs) _____

Autre (spécifiez) _____

Copies des échanges cliniques transmises _____ **Date :** _____

Implication des équipes médicales :

Assistant social _____

Psychologue _____

Infirmière spécialisée _____

Diététicien _____

Autres :

Acteurs clés _____

Point de contact (service adulte) _____

Date de visite (service adulte) _____

Programme de transition

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

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 à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Assiduité et résultats scolaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sait comment avoir des conseils d'orientation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	A des activités et centres d'intérêts extérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Est en capacité de gérer sa maladie à l'école et au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(P)	PSYCHOSOCIAL			
1.	Estime de soi / Confiance en soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Perception de soi/ de son corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Relation avec les pairs / Harcèlement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Support des réseaux de soutien / famille / transparence envers les amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Capacité d'adaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(T)	TRANSITION			
1.	Comprend le concept de transition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Approuve le plan de transition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Assiste à des sessions de transition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Visite le service adulte (si approprié)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Voit le médecin généraliste de façon indépendante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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