



## **Sommaire de transition pour personne atteinte d'OI\***

Pour faciliter la transition du suivi pédiatrique aux soins adultes

### Informations

Nom complet		Nom usuel préféré
Adresse domiciliaire		Adresse courriel
N° de téléphone à domicile		N° de cellulaire
Contact n° 1 pour urgence	Lien	N° de téléphone
Contact n° 2 pour urgence	Lien	N° de téléphone

### Information générales

Date de naissance			
Langue parlée	Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Langue de communication préférée	Anglais <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Considérations culturelles et religieuses			
Support financier / assurance privée / autre			
Prestations d'invalidité / aide sociale			
Moyens de transport			
Animaux d'assistance			
J'aimerais que <input type="checkbox"/> ma mère <input type="checkbox"/> mon père <input type="checkbox"/> compagnon ou compagne <input type="checkbox"/> autre _____ puissent participer à mes plans de soins.			
Autorisation signée pour la décharge du patient du centre de traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Préoccupations d'ordre général			

## Situation psychosociale

Profil d'apprentissage et besoins spécifiques pour l'école, le travail et / ou loisirs	
Condition actuelle de logement	Condition de logement future
Expérience de bénévolat	
Éducation postsecondaire / emploi	
Préoccupations en matière d'enseignement postsecondaire. (ex. : campus/résidences adaptés aux besoins, financement, ressources)	
Sources de soutien social (ex. : pairs, famille, amis, partenaires, etc.)	
Problèmes antécédents de détresse et/ou d'anxiété / dépression ou autres problèmes de santé mentale	
Personne ou groupe de confiance à qui parler en période de détresse / d'anxiété/ dépression	
Préoccupations d'ordre sexuel et procréatif	
Animaux de compagnie	
Loisirs	
Autres préoccupations psychosociales	

## Information médicale générale

Allergies	Grandeur	Poids ou date de la dernière pesée
Vaccins contre la grippe et autres immunisations		
Besoins nutritionnels		
Style de vie et habitudes (ex.: diète, alcool, drogues, exercices, etc.)		
Participation dans des études cliniques		

## Antécédents familiaux

Antécédents familiaux concernant l'OI
Autres antécédents médicaux familiaux (ex. : diabète, maladie de cœur, cancer, etc.)

## Antécédents médicaux & diagnostics

Diagnostics médicaux		
Présence de dentinogenèse imparfaite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Type d'OI	Date de la dernière fracture	Nombre total de fractures
Chirurgies majeures		
Causes d'hospitalisations majeures		
Traitements		
Douleur & gestion de la douleur	Aigüe (localisation, stratégies, ressource)	
	Chronic (localisation, stratégies, ressource)	
Préoccupations médicales existantes ou autres		

## Prescriptions médicales courantes

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Date du début de la médication. /Depuis combien de temps la prenez-vous ?	Quelle est la raison pour laquelle vous prenez cette médication ?

## Résultats de laboratoire récents, radiographies, etc.

Test & date du dernier test	Résumé des résultats	
Densité minérale osseuse		Z-score BMD
Test de fonction respiratoire		
Autres (spécifiez)		
Autres (spécifiez)		
De quelles institutions proviennent les radiographies des fractures ?		
Résultats de tests anormaux Date	Mesure entreprise	Résultat

## Équipement médical, orthèses, dispositifs

Équipement	Fournisseur	Personne à contacter

## Capacités fonctionnelles & niveau

Mobilité & Transfert
Activités quotidiennes (ex. : manger, se laver, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, continence)
Activités essentielles de la vie quotidienne (ex. : tâches ménagères, provisions d'épicerie, gestion des finances/ de la médication, etc.)

## Suivis requis pour relance/ autres soins professionnels et services communautaires

Soins de santé professionnels	Tests médicaux/ procédures/services	Fréquence	Coordonnées de la personne contact/ du département
Le patient a-t-il été vu par les services de réadaptation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Le patient a-t-il été vu par les services du CLSC ou d'autres hôpitaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Le patient a-t-il été vu par un dentiste ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

## Commentaires généraux

**Pour de plus amples informations concernant les parents, les enfants, les adultes et les professionnels en santé, veuillez visiter les sites suivants :**

- OI Foundation ([www.oif.org](http://www.oif.org))
- OI Federation of Europe ([www.oife.org](http://www.oife.org))
- Brittle Bone Society ([www.brittlebone.org](http://www.brittlebone.org))
- Care 4 Brittle Bones Foundation ([www.care4brittlebones.org](http://www.care4brittlebones.org))
- OI Australia ([www.oiaustralia.org.au](http://www.oiaustralia.org.au))

**Hôpitaux Shriners pour enfants® - Canada**

1003, boulevard Décarie  
Montréal, Québec H4A 0A9

800-361-7256  
514-844-4464



[hopitauxshrinerspourenfants.org/Canada](http://hopitauxshrinerspourenfants.org/Canada)

[facebook.com/HopitalShrinersMontreal](https://facebook.com/HopitalShrinersMontreal)

[twitter.com/ShrinersCanada](https://twitter.com/ShrinersCanada)