

VÉRIFICATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES (READINESS CHECKLIST-FRENCH)

Nom (patient/patiente): _____ Date à laquelle le formulaire a été rempli: _____ (aaaa-MMM-jj) Nom du service: _____ S'il y a lieu, formulaire rempli avec l'aide de: _____		Oui, je peux le faire	J'apprends à le faire	J'ai besoin d'apprendre à le faire	Quelqu'un d'autre devra le faire. (Inscrivez le nom de la personne si vous le connaissiez)	Cela ne s'applique pas à moi
		Yes, I do this.	I am learning how to do this.	I need to learn how.	Someone else will have to do this (provide name if known)	This does not apply to me.
1.	Je peux nommer et décrire mon état de santé et expliquer quels sont mes besoins en matière de soins de santé. <i>I can name and describe my health condition(s) and explain my healthcare needs.</i>					
2.	Je peux nommer mes médicaments et mes traitements et dire à quoi ils servent. <i>I can name my medications and treatments, and what they are for.</i>					
3.	Je peux nommer mes allergies et je sais en quoi elles peuvent influencer sur mon état de santé. <i>I can name my allergies and know how they may impact my condition(s).</i>					
4.	Je sais quelles doses prendre et je connais les effets secondaires que peuvent provoquer mes médicaments et mes traitements. <i>I know the doses and the side effects to watch for from my medications and treatments.</i>					
5.	Je prépare mes médicaments et je les prends./Je prépare mes traitements et je me les administre. <i>I prepare and take my medications and/or treatments on my own.</i>					
6.	Je téléphone moi-même pour faire préparer mes ordonnances. <i>I call in my own prescription refills.</i>					
7.	Je prends soin de mes propres fournitures et appareils médicaux. <i>I take care of my own medical equipment and supplies.</i>					
8.	Je me tiens au courant des renseignements médicaux qui me concernent (rendez-vous, résultats de tests). <i>I organize and keep track of my own health information (i.e. appointments and test results).</i>					
9.	J'ai toujours avec moi les renseignements importants qui concernent ma santé. <i>I carry my important health information with me every day.</i>					
10.	Je connais le nom de mes médecins et de mes thérapeutes. <i>I know the names of my doctors and therapists.</i>					
11.	C'est moi qui téléphone pour prendre mes rendez-vous. <i>I call to book my own healthcare appointments.</i>					



VÉRIFICATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES (READINESS CHECKLIST-FRENCH)

Nom (patient/patiente): _____ Date à laquelle le formulaire a été rempli: _____ (aaaa-MMM-jj) Nom du service: _____ S'il y a lieu, formulaire rempli avec l'aide de: _____		Oui, je peux le faire	J'apprends à le faire	J'ai besoin d'apprendre à le faire	Quelqu'un d'autre devra le faire. (Inscrivez le nom de la personne si vous le connaissez)	Cela ne s'applique pas à moi
		Yes, I do this.	I am learning how to do this.	I need to learn how.	Someone else will have to do this (provide name if known)	This does not apply to me.
12.	Je passe du temps seul/seule avec mon fournisseur de soins de santé à chaque visite. <i>I spend time alone with my healthcare provider at each visit.</i>					
13.	Avant chaque rendez-vous chez le médecin, je dresse une liste des questions que je veux lui poser. <i>I make a list of questions I want to ask before each doctor's appointment.</i>					
14.	Je sais ce qui est couvert par mon assurance santé et j'apporte ma ou mes cartes d'assurance santé à mes rendez-vous. <i>I know what I have for health insurance and carry my health insurance card(s) to appointments.</i>					
15.	Je me sens prêt/prête à prendre des décisions qui concernent ma santé. Je comprends que, dans un milieu de soins pour adultes, c'est moi qui serai la principale personne à prendre les décisions touchant mes soins de santé. <i>I feel ready to make decisions about my own health. I understand I will be the primary decision maker in adult based care.</i>					
16.	Si je tombe malade, je sais quoi faire pour obtenir l'aide dont j'ai besoin. <i>If I get sick, I know how to get the help that I need.</i>					
17.	Je connais les conséquences possibles de ma ou de mes maladies sur mon avenir. <i>I know what impact my condition(s) may have on my life in the future.</i>					
Notes: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____						
Signature/Designation (Signature/Designation)		Nom en lettres moulées (Print Name)			Initiales (Initials)	
_____		_____			_____	
_____		_____			_____	

