

Opti-Q patient / e-ID:

Version 2024

Passeport de soins

Pour la prise en charge coordonnée
des personnes atteintes de maladies
chroniques multiples

Document confidentiel

Le passeport de soins permettra d'adapter au mieux votre prise en charge à vos besoins et vos attentes, mais aussi d'optimiser l'échange d'informations entre les différents professionnels qui s'occupent de vous.

Ceux-ci sont tenus de veiller à la confidentialité de vos données personnelles et ne peuvent en aucun cas les transmettre sans votre consentement. QualiCCare n'aura jamais accès à vos données personnelles.

Les pages 2 à 11 doivent être complétées par le/la patient-e seul-e ou avec une personne de référence.
Si nécessaire, vous pourrez demander des précisions au sujet du passeport de soins lors de votre prochain rendez-vous avec votre médecin généraliste.

Informations personnelles

Nom / Prénom	
Rue / N°	
NPA / Localité	
Téléphone	
E-mail	
Date de naissance	
Caisse maladie	
Modèle d'assurance	
N° AVS	
Signature*	

Personnes de référence et / ou représentants en matière médicale

(qui ne sont pas membres de mon équipe de soins à la page 4)

Peuvent être contactées en cas de besoin et peuvent être informées du contenu de ce passeport de soins. *(par exemple, partenaire, fils/fille, parent, voisin)*

Nom / Prénom	
Téléphone / E-mail	
Relation	
Nom / Prénom	
Téléphone / E-mail	
Relation	

(Suite des personnes de référence et/ou des représentants en matière médicale.)

Nom / Prénom	
Téléphone / E-mail	
Relation	
Nom / Prénom	
Téléphone / E-mail	
Relation	

Coordinateur / -trice *(saisie manuelle ou timbre possible)*

Cette personne (par ex. AM, CMA, IPS) coordonne actuellement ma prise en charge et assure l'échange d'informations au sein de l'équipe de soins et avec les personnes de référence.

En cas d'événement aigu, la personne chargée de la coordination doit être informée.

Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Adresse / Timbre	
Signature*	

Ou: Je coordonne ma prise en charge moi-même.

** Par ma signature, je confirme les informations fournies par mes soins dans ce passeport et je m'engage à les tenir à jour, dans la mesure du possible, ainsi qu'à me référer au passeport lors des consultations.*

Équipe de soins (saisie manuelle ou timbre possible)

Ces personnes assurent actuellement ma prise en charge et peuvent échanger entre elles des informations issues de ce passeport de soins.

Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	

Lors du prochain rendez-vous, veuillez demander la signature des professionnels de santé concernés.
 (par exemple, médecin généraliste, pharmacien, spécialiste, psychologue, physiothérapeute, travailleur social, aide et soins à domicile)

Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	
Nom / Prénom	
Profession / Spécialité	
Téléphone / E-mail	
Signature* du professionnel	

* Par ma signature, je confirme les informations fournies par mes soins dans ce passeport et je m'engage à les tenir à jour, dans la mesure du possible, ainsi qu'à consulter le passeport lors de mes consultations.

Problèmes de santé actuels

Je suis actuellement affecté-e par les problèmes physiques, psychologiques et / ou sociaux suivants:

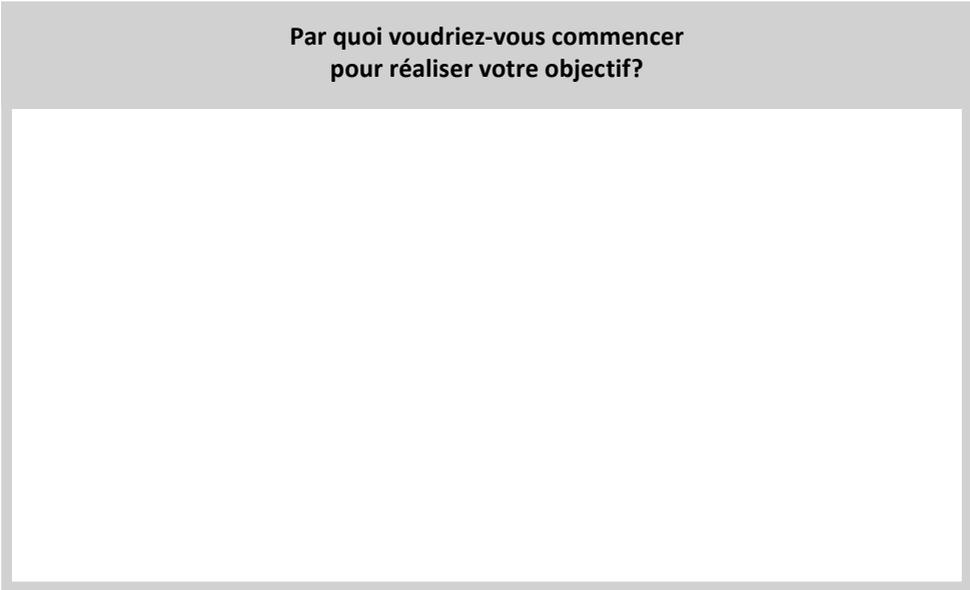
(par ex. douleurs, fatigue, anxiété, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, solitude, problèmes de logement, situation professionnelle, problèmes relationnels, problèmes financiers, etc.)

Veuillez aussi mentionner les problèmes plus difficiles à évoquer comme l'incontinence, les problèmes d'appétit et les troubles du comportement alimentaire, la sexualité et l'impuissance, les troubles de l'équilibre et les chutes, le respect des mesures thérapeutiques, etc.

Date	Problèmes de santé

3. Par quoi voudriez-vous commencer pour essayer de réaliser votre / vos objectif-s?

Maintenant que vous avez identifié vos objectifs les plus importants, nous vous demandons de réfléchir à ce que pourraient être les premières étapes vous rapprochant de votre / vos objectif(s).



Par quoi voudriez-vous commencer pour réaliser votre objectif?

Objectifs

Objectif 2:



Pour quelle raison cet objectif est-il important pour vous?



Objectif 3:



Pour quelle raison cet objectif est-il important pour vous?





**Par quoi voudriez-vous commencer
pour réaliser votre objectif?**



**Par quoi voudriez-vous commencer
pour réaliser votre objectif?**

Ces recommandations peuvent également être imprimées et collées.

**Recommandations et / ou
commentaires pharmaceutiques**

Espace pour le plan de médication

Problèmes liés aux médicaments

Vérification de la médication effectuée. Le / La professionnel-le de santé inscrit les éventuelles recommandations pharmaceutiques dans le carnet de soins.

Date / Signature du professionnel-le responsable	Médicament	Problématique du médicament

Ces recommandations peuvent également être imprimées et collées.

**Recommandations et / ou
commentaires pharmaceutiques**

Espace pour le plan de médication

Documents importants

Je dispose des documents suivants

(cocher les mentions adéquates et/ou compléter la liste):

Plan de médication

Carnet de vaccination

Passeport diabète

Carnet de contrôle de la tension

Carte d'anticoagulation

Passeport d'allergie

Directives anticipées déposées auprès de:



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera