

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PLANIFICATION ET ENSEIGNEMENT CONTINUUM AVC

[illegible]

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

[illegible]

Nom :

Prénom :

Dossier :

PLAN D'ENSEIGNEMENT DE L'USAGER

Rencontre faite auprès de : ☐ Usager ☐ Proche : Nom et lien : _____
 Nom et lien : _____

Prévenir une récurrence d'AVC

Reconnaître les causes / facteurs de risques

Encercler les sujets qui concernent l'utilisateur

1. Régime alimentaire (*Référence* : ☐ CLSC, ☐ Nutritionniste)
2. Régime à forte teneur en sel
3. Embonpoint
4. Sédentarité
5. Tabagisme (*Référence* : ☐ CAT)
6. Consommation excessive d'alcool
7. Consommation de drogues non thérapeutiques
8. Niveau élevé de stress
9. Hypertension artérielle (*Référence* : ☐ SIAD)
10. Fibrillation auriculaire
11. Diabète (*Référence* : ☐ SIAD, ☐ CLSC, ☐ Clinique de diabète, ☐ Nutritionniste)
12. Rétrécissement des artères carotides
13. Taux de cholestérol élevé
14. Apnée du sommeil
15. Contraceptifs oraux ou traitement hormonal substitutif
16. AVC ou AIT antérieurs
17. Antécédents familiaux AVC/maladie cœur/athérosclérose
18. Âge
19. Sexe
20. Origine ethnique (Africain, Sud-asiatique ou Premières Nations)

Préoccupations prioritaires de l'utilisateur/proche et interventions :

Forces de l'utilisateur/proche et interventions :

Termes à discuter avec l'utilisateur/proche et interventions :

☐ Reconnaître les signes d'AVC : ☐ Usager / Proche : _____
PLAN D'INTERVENTION INTERPROFESSIONNEL (PII)
☐ Information ☐ Feuillelet d'information remis à : Nom et lien : _____

 L'utilisateur/proche ☐ accepte ou ☐ refuse le PII qui est prévu le : Date : ____/____/____ Heure : ____:____

L'utilisateur veut être accompagné par : Nom et lien : _____ Nom et lien : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____

Date aaaa/mm/jj	Heure hh:mm	NOTES COMPLÉMENTAIRES