

Si vous le souhaitez, ce document peut être rempli avec l'aide d'un proche afin de vous aider à ne rien oublier.

**Nom du professionnel rencontré ou de la clinique :**

**Date du rendez-vous :**

**Nom de la personne qui m'accompagnera (s'il y a lieu) :**

**De quel type de rendez-vous s'agit-il? :**

- Suivi pour un ou des problèmes de santé connus
- Aggravation d'un problème de santé connu
- Apparition d'un nouveau problème de santé
- Préoccupations sur les habitudes de vie et les actions préventives  
(ex. : cesser de fumer, obtenir des recommandations pour faire de l'activité physique dans votre condition, des tests de dépistage ou des vaccins, etc.)

Pour vous aider à remplir ce document et vous préparer à votre rendez-vous, consultez la section **PRÉPARER VOS RENDEZ-VOUS** ainsi que le questionnaire **AINÉÉS AD-PLUS** du site *Agir pour bien vieillir*.

## **PARTIE 1 - Ce que je veux dire au professionnel de la santé que je consulte**

Je veux poser les questions suivantes : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Je veux discuter du ou des problèmes, malaises ou changements suivants : \_\_\_\_\_

---



---



---

Je veux demander les choses suivantes (conseil, ordonnance, formulaire, référence, etc.) : \_\_\_\_\_

---



---



---

## PARTIE 2 - Je me prépare à répondre aux questions sur ma santé

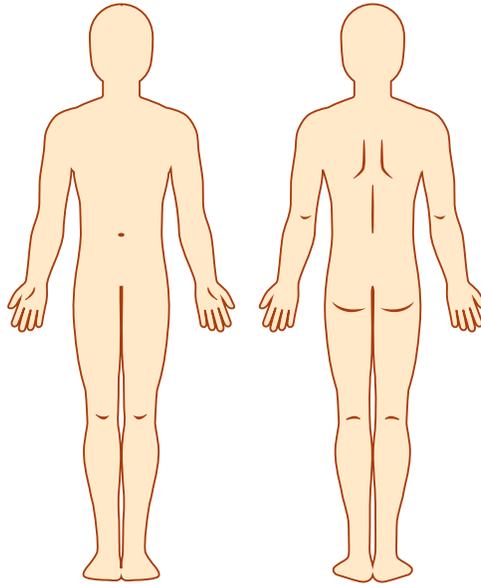
Répondez aux questions qui correspondent à votre situation. Précisez d'abord le ou les deux principaux problèmes de santé pour lequel ou lesquels vous consultez. Les questions suivantes pourront vous aider dans votre réflexion pour chacun d'eux. Il se peut que vous n'ayez pas de réponse pour chacune des questions.

Questions	Mon problème #1	Mon problème #2
Pour quel problème de santé est-ce que je consulte?		
Est-ce que ce problème affecte mon fonctionnement au quotidien?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, décrire :</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, décrire :</i>

<p>Depuis quand est-ce que j'observe ce problème?</p>		
<p>Est-ce que ce problème s'aggrave ou diminue avec le temps?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, décrire :</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, décrire :</i></p>
<p>Ce que j'ai fait pour tenter de régler ou diminuer ce problème et ses conséquences.</p>		

<p>Quelles sont les causes possibles de ce problème selon moi?</p>		
<p>J'ai discuté de ce problème avec un autre professionnel de la santé.</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, il m'a recommandé ou prescrit ceci :</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, il m'a recommandé ou prescrit ceci :</i></p>
<p>J'ai déjà eu ce problème dans le passé.</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, quand? :</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, quand? :</i></p>

**PARTIE 3 - Si j'ai de la douleur, je me prépare à en parler plus précisément**



Faites un X sur la région où vous avez mal.

La douleur est :  Légère    Modérée    Forte    Très forte    Insupportable

J'ai de la douleur à cet endroit depuis : \_\_\_\_\_

La douleur est présente :  Toujours    Le jour    La nuit    Elle va et vient

La douleur est provoquée ou augmentée par : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Ce qui soulage cette douleur : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**PARTIE 4 - Je me prépare à parler des médicaments que je prends**

**Demandez au pharmacien de vous fournir une liste des médicaments qui vous sont prescrits.**

Je note sur cette liste :

- Les médicaments que je ne prends pas et ceux dont j'ai changé la fréquence ou la dose.
- Mes difficultés avec ces médicaments : peu efficaces, présence d'effets indésirables, impact négatif sur ma vie, etc.
- Mes questions sur ces médicaments.
- J'inscris aussi sur cette liste, les médicaments qui ne sont pas prescrits et que je prends souvent, par exemple, un sirop contre la toux, des vitamines, un médicament contre la douleur acheté en vente libre à la pharmacie ou sur internet.

**PARTIE 5 - Mon histoire de santé**

*Il est utile de remplir cette section si le professionnel que vous rencontrez ne vous connaît pas.*

**Je note :**

**Les chirurgies et les problèmes de santé importants que j'ai eus dans ma vie et à quel âge :** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Les maladies chroniques comme l'asthme, l'hypertension artérielle, le diabète, etc. :** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Mes intolérances alimentaires et allergies :** \_\_\_\_\_

---

---

**PARTIE 6 - Notes de la personne proche aidante**

Notes de la personne qui m'accompagnera au rendez-vous (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PARTIE 7 - À remplir peu de temps après la consultation**

Quels conseils le professionnel de la santé vous a-t-il donnés? Que vous a-t-il prescrit ou demandé de faire? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Parmi les conseils précédents, lesquels souhaitez-vous réaliser en premier? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---