



Questionnaire patient – Planification de soins

AIDEZ-NOUS À MIEUX VOUS CONNAÎTRE AFIN DE PLANIFIER VOS SOINS

Date de complétion : _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ

Ce questionnaire est élaboré pour nous aider à mieux vous connaître, comprendre vos valeurs, vos questionnements et vos préoccupations. Il sera remis à votre médecin pour le guider dans sa discussion avec vous concernant vos soins actuels et futurs. Il ne constitue pas un consentement ou un refus à des traitements spécifiques.

1. VOTRE COMPRÉHENSION DE LA MALADIE

a) Quelle maladie avez-vous ?

b) À quelle étape de votre maladie pensez-vous être rendu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En pleine santé

Mourant

c) Pensez-vous que votre maladie peut être guérie?

Oui non je ne sais pas

d) Pensez-vous que votre maladie peut se détériorer?

Oui non je ne sais pas

e) Si votre cœur s'arrêtait de battre et que vous êtes réanimé, quelles sont vos chances, selon vous, de pouvoir retourner chez vous et d'être aussi autonome que maintenant?

100% chance 75% chance 50% chance 10% chance 0% chance

2. LES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ OBTENIR

a) Concernant votre état de santé, aimeriez-vous...?

Tout savoir En savoir beaucoup En savoir le minimum Ne rien savoir

b) Lorsqu'il y a des choix à faire concernant vos soins, préférez-vous ...?

- Prendre vos propres décisions
- Décider avec votre médecin suivant ses conseils
- Suivre les instructions de votre médecin

c) Quelles sont les questions que vous ou votre proche aimeriez discuter avec votre médecin?

- Est-ce que mes symptômes actuels sont liés à ma maladie?
- Est-ce que ma maladie est dangereuse?
- Est-ce que j'aurai une espérance de vie normale?
- À quoi dois-je m'attendre avec ma maladie?
- Est-ce qu'il faut encore plus de pilules?
- Est-ce qu'il faut une opération?
- Est-ce qu'il y a encore quelque chose à faire?
- Autre question : _____

3. VOS VALEURS ET VOTRE PROJET DE VIE

a) Qu'est-ce qui donne du sens à votre vie? Qu'est-ce qui donne de la valeur à votre vie ? (Cocher **MAXIMUM QUATRE (4) valeurs les plus importantes pour vous ou en ajouter si elles ne sont pas listées)**

- 1. Être capable de faire les choses moi-même
- 2. Être capable de prendre mes décisions
- 3. Être capable de vivre chez moi
- 4. Pouvoir bien dormir
- 5. Être capable de voyager
- 6. Avoir de l'énergie/force
- 7. Passer du bon temps avec mes amis et ma famille
- 8. Pouvoir manger et boire ce que je veux
- 9. Être capable de marcher, me déplacer
- 10. Vivre selon mes croyances religieuses ou spirituelles
- 11. Pouvoir travailler
- 12. Pouvoir faire du sport
- 13. Vivre longtemps
- 14. Avoir une belle qualité de vie
- 15. Autre valeur : (indiquer) _____

b) Parmi les 4 valeurs que vous avez sélectionnées, choisissez-en 2 qui sont absolument essentielles pour vous? (Inscrivez le numéro indiqué à côté de ces valeurs)

- Valeur numéro _____
- Valeur numéro _____

4. VOS PRÉOCCUPATIONS

a) Qu'est-ce qui vous inquiète le plus actuellement?

b) Qu'est-ce qui vous fait le plus peur quand vous pensez à la façon dont vous allez mourir?

c) Lorsque vous pensez à vos dernières semaines de vie, qu'est-ce qui est très important pour vous?

*Merci! Ces informations sont très importantes pour nous. Elles permettront, **qu'ensemble, nous prenions la meilleure décision.***