MES NOTES

Signature de l'infirmière-pivot : _____

☐ Je suis avisé qu'un patient accompagnateur de l'équipe d'oncologie va me rejoindre par téléphone.

Signature du patient : _____

Date : _____

Note : Assurez-vous d'avoir toujours la liste de vos médicaments à jour.

AIDE-MÉMOIRE – TRANSITION VERS LA MAISON

POUR : _____

NO. TÉL. : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TYPE DE TRAITEMENT : _____

DATE DU DERNIER TRAITEMENT : _____

INFIRMIÈRE-PIVOT : _____

MÉDECIN DE FAMILLE : _____

MES PROCHAINS RENDEZ-VOUS

DATE ET HEURE	AVEC QUI	POURQUOI

MES NOUVELLES HABITUDES DE VIE

MES RESSOURCES IMPORTANTES

POUR QUI OU QUOI	NO TÉLÉPHONE

QUE PUIS-JE FAIRE SI :

JE RESSENS	JE PEUX
Exemple : Grande fatigue	Sortir dehors 5 minutes 3 fois par jour, chaque jour et exercices en position assise. Augmenter l'intensité ou la durée progressivement.

CONTACTER MON MÉDECIN SI :