

PLAN D'URGENCE

En remplissant ce plan d'urgence et en l'actualisant régulièrement, j'assure la continuité de l'aide apportée à mon proche. En cas d'indisponibilité soudaine, les personnes de confiance que j'ai désignées et informées pourront prendre le relais en disposant de toutes les informations nécessaires.

1. PROCÉDURE

- Je complète le plan d'urgence en y associant mon proche, dans la mesure du possible.
- Je garde un exemplaire du plan au domicile de la personne aidée et j'en transmets une copie à tous les contacts d'urgence. Je peux aussi le partager avec d'autres membres de la famille ou des amis susceptibles d'assurer une relève.
- Je pense à mettre régulièrement le plan à jour et à informer toutes les personnes concernées des éventuels changements.
- Je demande la carte d'urgence auprès de l'association proches aidants valais, via leur site internet ou par E-mail. Elle me sera remise gratuitement, et je la garde toujours sur moi.

2. COORDONNÉES DE LA PERSONNE PROCHE AIDANTE

Nom et prénom :
Date de naissance :
Adresse :
NPA et localité :
Adresse email :
Langue :

3. COORDONNÉES DE LA PERSONNE AIDÉE

Nom et prénom :
Date de naissance :
Adresse :
NPA et localité :
Adresse email :
Langue :
Date à laquelle le plan a été complété :

4. CONTACTS D'URGENCE

Nom : Prénom :
Téléphone : Email :

Nom : Prénom :
Téléphone : Email :

5. PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ OU DU SOCIAL

Médecin de la personne aidée :

Nom : Prénom :
Téléphone : Email :

Organisation de soins à domicile ou infirmière indépendante de la
personne aidée :

Nom : Prénom :
Téléphone : Email :

6. DESCRIPTIF DE LA PERSONNE AIDÉE

S'il m'arrive quelque chose, j'aimerais que la personne qui me remplace
fasse ou sache les choses suivantes :

La personne aidée souffre-t-elle de troubles neurocognitifs de type
Alzheimer, lésions cérébrales, ou autres troubles apparentés ?

Quelles sont les moyens de communication à utiliser ?

Quelles sont les troubles, maladies ou handicap dont souffre la personne
aidée ?

La personne aidée a-t-elle des habitudes ou rituels qu'il s'agit de suivre ?

7. DESCRIPTIF DU SOUTIEN APPORTÉ À LA PERSONNE AIDÉE

Réponse par oui ou non et précisions si nécessaire :

Existe-t-il déjà un document d'information regroupant les besoins de la personne aidée ? ☐ oui ☐ non

Si oui, où se trouve-il ou qui peut le transmettre ?

À remplir uniquement si aucun document disponible.

Assistance à plein temps : ☐ oui ☐ non

• Durant la journée ☐ oui ☐ non

• Durant la nuit ☐ oui ☐ non

Soins professionnels ☐ oui ☐ non

Visites régulières ☐ oui ☐ non

Fréquentation d'un foyer de jour ☐ oui ☐ non

Si oui, fréquence et jour :

Relève à domicile

(CMS ou Croix-Rouge Valais) ☐ oui ☐ non

Si oui, fréquence et jour :

Aide pour manger : ☐ oui ☐ non

Régime alimentaire particulier : ☐ oui ☐ non

Vue (lunettes) : ☐ oui ☐ non

Aide à la mobilité : ☐ oui ☐ non

Si oui, précision de l'appareil

Audition (appareil auditif) ☐ oui ☐ non

Si oui, précision du côté :

Aide pour aller aux toilettes : ☐ oui ☐ non

Utilisation de protections ☐ oui ☐ non

Aide pour la douche/bain : ☐ oui ☐ non

Aide à l'hygiène des dents : ☐ oui ☐ non

Prise de médicaments : ☐ oui ☐ non

Présence d'un semainier : ☐ oui ☐ non

Si oui, précision sur l'endroit où il se trouve :

Qui le remplit :

Aide pour se lever du lit : ☐ oui ☐ non
Aide pour se coucher : ☐ oui ☐ non
Besoins en repos (sieste) : ☐ oui ☐ non

Diabète : ☐ oui ☐ non

Allergies à des médicaments/soins médicaux : ☐ oui ☐ non
.....

8. DISPOSITIONS EXISTANTES

Directives anticipées : ☐ oui ☐ non
Si oui, date de la dernière mise à jour :
Si oui, où trouver ces directives ? :

Plan de traitement : ☐ oui ☐ non
Si oui, date de la dernière mise à jour :
Si oui, où trouver ce plan de traitement :
Remarques et recommandations générales : .

Par ma signature, je confirme et je m'engage à transmettre ce plan de soutien aux contacts d'urgence qui figure en page 2.

Lieu et date :

Signature de la personne proche aidante :
.....

Signature de la personne aidée (si possible) :
.....