

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. 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) :
.....