Carnet de santé
pour les usagers du CISSS des Îles

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles

Québec



FONDATION Santé DE L'ARCHIPEL

pour le bien-être de notre communauté

Grâce à vous, nous améliorons les soins offerts ici!
Donnons généreusement :
www.fondationsantearchipel.com

fondationsantedelarchipel

Centre intégré de santé et de services sociaux des îles
Québec

TABLE DES MATIÈRES

Mot du comité des usagers **4**

Préambule **5**

Introduction **6**

Mon carnet pratique **7**

Droits et responsabilités des usagers **8**

Je me prépare pour mon rendez-vous
Résumé de la rencontre patient-partenaire **10**

Suivi des symptômes à la maison et
évaluation des symptômes **12-22-32**

Plan de traitement **34**

Médicaments **48**

Notes personnelles **56**

Information en cas d'insatisfaction ou de satisfaction **64**

Numéros de téléphone importants **65**

Ressources communautaires en hébergement à l'extérieur des Îles ... **66**

Services communautaires des Îles **68**

Cartes de rendez-vous détachables **71**

Mot du comité des usagers

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

Le carnet de santé est un projet du comité des usagers du CISSS des Îles. Il est un outil indispensable pour tous les utilisateurs du réseau de la santé et des services sociaux. Il vous permettra de noter toutes les informations nécessaires à votre parcours de soins.

Les membres du comité des usagers considèrent que la santé de la population est fondamentale et que cet outil simple facilitera les rencontres avec les différents professionnels de la santé.

Prenez l'habitude de vous en servir et n'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos questionnements ou tout autre commentaire à vos partenaires de soins. Cet aide-mémoire deviendra un guide nécessaire dans votre cheminement de soins de santé.

Le comité remercie la Fondation Santé de l'Archipel, le CISSS des Îles et toutes les personnes qui ont collaboré à ce projet.

Il est de la responsabilité de l'usager ou du tuteur de se charger de l'utilisation adéquate de ce carnet de santé.

Bonne santé!

Les membres du comité :

Nancy, Rachelle, Germain, Serge, Hélena, Colette et Johanne

PRÉAMBULE, qui sommes nous?

Le comité des usagers existe comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cela nous donne le rôle de porte-parole de tous les patients de l'hôpital. Le comité des usagers du CISSS des Îles a pour mission de veiller à ce que chaque usager soit au centre des priorités de toutes les personnes qui travaillent au CISSS des Îles. Votre comité des usagers vous aide de nombreuses façons :

- Renseigner sur vos droits et vos obligations en tant qu'usager;
- Aider à promouvoir l'amélioration des conditions d'utilisateurs du réseau de santé et service sociaux des Îles-de-la-Madeleine;
- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers;
- S'assurer du bon fonctionnement des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Nous sommes avant tout des usagers et des proches qui investissent de nombreuses heures de bénévolat pour vous. Nous sommes motivés par la fierté de vous représenter, d'être votre voix auprès de la direction générale et du conseil d'administration. Nous sommes une voix pour DÉFENDRE des milliers d'usagers. Une voix pour REPRÉSENTER l'ensemble des usagers.

INTRODUCTION

Vous avez en main un carnet de santé. Il a pour but de vous servir d'aide-mémoire tout au long de votre parcours de soins, tel que pour vos :

- Examens
- Traitements
- Suivis (glycémie, pression artérielle…)

Il vous aidera à vous retrouver plus facilement lors de vos rencontres avec :

- Le médecin
- L'infirmière
- Autres professionnels (intervenant, ergo, physio...)

Il vous permet de prendre des notes sur vos :

- Symptômes
- Médicaments
- Rendez-vous

Ce carnet est un outil qui vous simplifiera la vie et vous aidera lors de vos contacts avec les différents intervenants du système de la santé.

APPORTEZ-LE AVEC VOUS lors de votre prochaine visite :

- Chez le médecin
- Au CLSC
- À L'urgence
- Autres

- **Préparation**
- **Compréhension et questionnement**
- **Suivre les recommandations**

Présentez-le aux intervenants pour qu'ils puissent le consulter avec vous au besoin.

Renseignements généraux

Nom : _____

Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (cellulaire) : _____

Nom et numéro d'une personne à contacter en cas d'urgence :

_____

No. d'assurance maladie : _____

No. de dossier du centre hospitalier : _____

Antécédents familiaux de maladie :

_____

_____

Mes allergies/intolérances/contre-indications :

_____

_____

_____

DROITS DES USAGERS



- Le droit à l'information;
- Le droit aux services;
- Le droit de choisir son professionnel ou son établissement;
- Le droit de recevoir les soins que requiert son état;
- Le droit de consentir à des soins ou à les refuser;
- Le droit de participer aux décisions;
- Le droit d'être accompagné, assisté et d'être représenté;
- Le droit à l'hébergement;
- Le droit de recevoir des services en langue anglaise;
- Le droit d'accès à son dossier d'usager;
- Le droit à la confidentialité de son dossier d'usager;
- Le droit de porter plainte.

RESPONSABILITÉS DE L'USAGER

- Je suis responsable de fournir une information juste et pertinente (information médicale ou personnelle);
- Je suis responsable de collaborer et d'utiliser les services offerts de façon judicieuse;
- Je suis responsable de respecter les règlements de l'établissement (ex : heure de visites, code d'éthique…);
- Je suis respectueux envers le personnel;
- Je suis ponctuel lorsque j'ai un rendez-vous.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS

Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

SUIVI DES SYMPTÔMES À LA MAISON

L'exemple d'échelle ci-dessous concerne le degré de douleur. Vous pouvez utiliser cette échelle pour tout autre symptôme que vous ressentez.



1. Aucune douleur
2. Douleur légère
3. Inconfortable
4. Tolérable
5. Pénible
6. Forte
7. Très forte
8. Intense
9. Sévère
10. Très sévère

Exemple : Si vous ne ressentez pas de douleur, inscrivez 0 dans le tableau suivant, dans la colonne « douleur » ; si vous ressentez une douleur insupportable, inscrivez 10.

Faites la même chose pour les autres symptômes, en inscrivant dans la colonne de gauche la date de votre évaluation.

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES

Date	Douleur	Fatigue	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissement	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Autres	Qu'avez-vous fait pour soulager les symptômes?
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS

Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS



Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS



Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS

Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

SUIVI DES SYMPTÔMES À LA MAISON

L'exemple d'échelle ci-dessous concerne le degré de douleur. Vous pouvez utiliser cette échelle pour tout autre symptôme que vous ressentez.



1. Aucune douleur
2. Douleur légère
3. Inconfortable
4. Tolérable
5. Pénible
6. Forte
7. Très forte
8. Intense
9. Sévère
10. Très sévère

Exemple : Si vous ne ressentez pas de douleur, inscrivez 0 dans le tableau suivant, dans la colonne « douleur » ; si vous ressentez une douleur insupportable, inscrivez 10.

Faites la même chose pour les autres symptômes, en inscrivant dans la colonne de gauche la date de votre évaluation.

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES

Date	Douleur	Fatigue	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissement	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Autres	Qu'avez-vous fait pour soulager les symptômes?
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS

Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS



Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS



Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

JE ME PRÉPARE POUR MON RENDEZ-VOUS



Professionnel : _____

Date : _____

Je note les changements liés à ma condition et je me prépare pour ma prochaine rencontre avec mon professionnel :

_____

_____

_____

_____

J'amène mon suivi :

- ☐ Prise de glycémie;
- ☐ Prise de pression artérielle;
- ☐ Ma liste de médicaments;
- ☐ Si j'en ressens le besoin, je demande à un proche de m'accompagner;
- ☐ Demander si besoin un formulaire (assurance ou autres);

Je participe activement à la rencontre avec le professionnel de la santé.

J'exprime mes besoins et je pose mes questions :

_____

_____

_____

- J'écoute attentivement les directives de mon professionnel ainsi que les informations concernant mon état de santé.
- Je reformule l'information pour m'assurer de l'avoir bien comprise.
- Je note les recommandations reçues dans mon carnet.

N'hésitez pas à préciser vos inquiétudes et si vous ne saisissez pas les informations données, signalez-le.

RÉSUMÉ DE LA RENCONTRE

Notes des informations et recommandations par le professionnel :

_____

_____

_____

_____

Ordonnance s'il y a lieu :

_____

_____

Je m'occupe du suivi après mon rendez-vous :

- ☐ Je vais chercher mon ordonnance, s'il y a lieu;
- ☐ Je suis les recommandations et prends les médicaments prescrits;
- ☐ Je note mes prochains rendez-vous et les inscris au calendrier.

SUIVI DES SYMPTÔMES À LA MAISON

L'exemple d'échelle ci-dessous concerne le degré de douleur. Vous pouvez utiliser cette échelle pour tout autre symptôme que vous ressentez.



1. Aucune douleur
2. Douleur légère
3. Inconfortable
4. Tolérable
5. Pénible
6. Forte
7. Très forte
8. Intense
9. Sévère
10. Très sévère

Exemple : Si vous ne ressentez pas de douleur, inscrivez 0 dans le tableau suivant, dans la colonne « douleur » ; si vous ressentez une douleur insupportable, inscrivez 10.

Faites la même chose pour les autres symptômes, en inscrivant dans la colonne de gauche la date de votre évaluation.

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES

Date	Douleur	Fatigue	Anxiété	Insomnie	Engourdissement	Nausée	Vomissement	Diarrhée	Constipation	Perte d'appétit	Autres	Qu'avez-vous fait pour soulager les symptômes?
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

PLAN DE TRAITEMENT

Date du prochain rendez-vous	Raison du rendez-vous

N'HÉSITEZ PAS à demander de l'aide pour remplir cette section

Recommandation et suivi	Commentaires

PLAN DE TRAITEMENT

Date du prochain rendez-vous	Raison du rendez-vous
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____

N'HÉSITEZ PAS à demander de l'aide pour remplir cette section

Recommandation et suivi	Commentaires

PLAN DE TRAITEMENT

Date du prochain rendez-vous	Raison du rendez-vous
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____

N'HÉSITEZ PAS à demander de l'aide pour remplir cette section

Recommandation et suivi	Commentaires



FONDATION Santé DE L'ARCHIPEL

Notre mission est d'amasser des fonds
afin d'appuyer le CISSS des Îles
à prévenir, guérir, soigner et soutenir,
pour le mieux-être et la santé de la
population des Îles-de-la-Madeleine.

Grâce à vous, nous améliorons les soins offerts ici!

Donnons généreusement :
www.fondationsantearchipel.com

fondationsantedelarchipel

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

Voici **nos 5 fonds** pour améliorer les soins et services…

FONDS
Francine-Daigle
pour nos proches atteints de cancer

FONDS
Eudore-Labrie
pour nos aînés

FONDS
Jeunesse l'Envol
pour nos enfants

FONDS
En santé mentale
pour notre bien-être mental

FONDS
Général
pour notre communauté

PLAN DE TRAITEMENT

Date du prochain rendez-vous	Raison du rendez-vous
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____
_____	_____ _____

N'HÉSITEZ PAS à demander de l'aide pour remplir cette section

Recommandation et suivi	Commentaires

PLAN DE TRAITEMENT

Date du prochain rendez-vous	Raison du rendez-vous

N'HÉSITEZ PAS à demander de l'aide pour remplir cette section

Recommandation et suivi	Commentaires

PLAN DE TRAITEMENT

Date du prochain rendez-vous	Raison du rendez-vous

N'HÉSITEZ PAS à demander de l'aide pour remplir cette section

Recommandation et suivi	Commentaires

MÉDICAMENTS

Nom du médicament	Raison de la consommation

Ces renseignements seront importants si jamais vous avez des symptômes

Commentaires

MÉDICAMENTS

Nom du médicament	Raison de la consommation

Ces renseignements seront importants si jamais vous avez des symptômes

Commentaires

MÉDICAMENTS

Nom du médicament	Raison de la consommation

Ces renseignements seront importants si jamais vous avez des symptômes

Commentaires

MÉDICAMENTS

Nom du médicament	Raison de la consommation

Ces renseignements seront importants si jamais vous avez des symptômes



Commentaires

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles

Informations pour une insatisfaction ou une satisfaction

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

COMITÉ DES USAGERS DU CISSS DES ÎLES
Il nous fera plaisir de vous apporter le soutien nécessaire.

Pour nous rejoindre : **418 986-2121**, poste **8515**
424, ch. Principal, Cap-aux-Meules, Québec, G4T 1C9
Bureau C-016, rez-de-chaussée du CHSLD Eudore-LaBrie
Courriel : comiteusager.cisssdesiles@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles
Québec

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
Cette plainte ou insatisfaction sera traitée rapidement et de façon confidentielle.

Tél. : **418 986-2121**, poste **8501**
424, ch. Principal, bureau C-010
Rez-de-chaussée du CHSLD Eudore-LaBrie
Cap-aux-Meules, Québec, G4T 1C9

Numéros de téléphone importants

Urgence

- **911**
- **811** Info-Santé (permet de joindre rapidement une infirmière)
- **418 688-4240** Centre de crise de Québec **24 h/24 h**
  (situation de détresse, risque de suicide ou non, pour vous ou un proche)

CISSS des Îles **418 986-2121**

- Centrale de rendez-vous **418 986-6225**
- Secrétariat du département de médecine familiale GMF **418 986-6611**
- Secrétariat de consultations spécialisées **418 986-6110**
- Secrétariat du département de radiographie, poste **8143**
- Consultation externe en psychiatrie et services de réadaptation, poste **8337**
- Adjointe à la direction DSPHP (Direction des services professionnels et hospitaliers), poste **8317**
- Agente aux transports, poste **8412**
- Agence de voyages les Îles **418 986-4229**
- Centre d'hébergement Eudore-LaBrie (CHSLD), poste **8500**

Cliniques privées

- Clinique santé des Îles **418 986-9999**
- Clinique médicale pour jeunes et enfants **418 986-4343**
- Clinique médicale Jacques Théberge **418 937-5005**
- Clinique médicale Place Sumarah **418 969-9111**
- Centre de réadaptation déficience intellectuelle - CRDI **418 986-3590**
- Centre de réadaptation physique Gaspésie - CR de la Gaspésie **418 986-4870**

CLSC

- CLSC de Cap-aux-Meules **418 986-2572**

Points de service

- CLSC de Bassin **418 937-2572**
- CLSC de l'Est **418 985-2572**
- CLSC de l'Ile-d'Entrée **418 986-4299**

Pharmacies

- Pharmacie Jean-Coutu **418 986-2700**
- Pharmacie Proxim **418 986-3133**
- Centre Antipoison **1-800-463-5060**



Ressources communautaires en hébergement pour vos rendez-vous à l'extérieur des Îles

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC (IUCPQ, HÔPITAL LAVAL)
2725, chemin Sainte-Foy (HÔPITAL LAVAL), Québec, G1V 4G5
418 656-8711, poste/extension 2747

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (CHUQ, POUR SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE)
10, Rue de l'Espinay, Québec, G1L 3L5 418 525-4444

HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC
1, rue de l'Hôtel-Dieu, Québec, G1R 4S1 418 525-4444

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC, HÔPITAL ENFANT-JÉSUS
1401, 18e rue Québec (Québec), G1J 1Z4 418 525-4444

CHUL ET CENTRE MÈRE-ENFANT SOLEIL
2705, boulevard Laurier, Québec, G1V 4C2 418 525-4444

HÔTELLERIE PAVILLON MARGUERITE-D'YOUVILLE
(Accueil) 2700, chemin Quatre-Bourgeois, 2e étage,
Québec, G1V 0B8 418 656-8711, poste 2747

MAISON DES SŒURS DOMINICAINES
131, rue des Dominicaines, Québec 418 523-3043 ou 418 661-9221

Mme CLAUDINE PAQUET
189, 1ère Avenue Québec, 418 929-9998

HÉBERGEMENT ST-FRANCOIS D'ASSISE
Madame Dufour, accompagnatrice : 418 525-4444 ext : 53956

HÔTELLERIE DE L'HÔTEL-DIEU
11, Côte du Palais, Québec, G1R 2J6 418 691-5242

MAISON DES SŒURS DOMINICAINES
131, rue des Dominicaines, Québec, 418 523-3043

HÔPITAL ST-SACREMENT
1050 ch. Ste-Foy, Québec, G1S 4L8 418 525-4444

HÔTEL-DIEU DE LÉVIS
143, Rue Wolfe, Lévis, Québec G6V 3Z1 418 835-7121

CENTRE HOSPITALIER DE CHANDLER
500, Avenue Daigneault, Chandler, Québec, G0C 1K0 418 689-2261

CENTRE FRANÇOIS-CHARRON INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
2975, chemin Saint-Louis, Québec, G1W 1P7 418 529-9141

HÔTELLERIE SŒUR DE LA CHARITÉ DE SAINT-LOUIS
(résidence)
6670, Rue Saint-Louis-de-France,
Lévis, Québec, G6V 1P3 418 837-3056

HÉBERGEMENTS PRIVÉS
- Gîte Parfum de mer : 418 689-5806
- Gîte la petite Auberge : 418 689-7100
- Motel Chandler : 418 689-4444

Services communautaires des Îles

RESSOURCES D'AIDE POUR HOMMES

Hommes et gars, centre d'aide **418 986-1811**

RESSOURCES D'AIDE POUR FEMMES

L'Accalmie, hébergement pour femmes victimes de violence **418 986-5044**
La Sentin'elle, regroupement de femmes **418 989-4334**
Calacs, centre d'aide contre agressions à caractère sexuel **418 986-6111**

RESSOURCES POUR JEUNES

Maisons des Jeunes de: Grande-Entrée **418 985-2999**
Cap-aux-Meules **418 986-4080**
Havre-Aubert, Bassin **418 937-2597**
Carrefour jeunesse emploi **418 986-2536**
Centre jeunesse Gaspésie / les Îles **418 986-2230**

SANTÉ PUBLIQUE

Direction de la santé publique **418 368-2443**

RESSOURCE POUR PERSONNES HANDICAPÉES ET LEURS FAMILLES

Association des personnes handicapées et Maison de répit **418 986-5535**

TRANSPORT

Adapté et collectif **418 986-6050**

RESSOURCE EN SANTÉ MENTALE

Centre communautaire l'Éclaircie **418 986-6456**

RESSOURCES EN HÉBERGEMENT OSBL (Organisme sans but lucratif)

Résidences pour personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie
Logis du Bel âge, Fatima **418 986-4045**
Logis l'Harmonie, Bassin **418 937-2001**
Nouveau Horizon, Havre-aux-Maisons **418 969-2955**
Résidences Plaisance, Cap-aux-Meules **418 986-4422**

RESSOURCE EN HÉBERGEMENT

Maison à Damas, pour personnes en difficulté **418 986-6631**

RESSOURCES POUR FAMILLES

Maison de la famille l'Embellie **418 986-4141**
Groupe d'entraide allaitement Sein-Pathique **418 937-9382**
Clinique jeunesse **418 986-5511** #2266 ou CLSC #4100
Cuisines collectives des Îles-de-la-Madeleine **418 986-4978**
L'Appui pour les proches aidants d'ainés **418 969-7134**

AIDE ET ENTRAIDE

Centre d'action bénévole, service aux personnes dans le besoin **418 986-4649**
CAVACS, centre d'aide aux victimes d'actes criminels **418 986-4044**
Centre de réadaptation Gaspésie **418 986-4870**
Entraide communautaire des Îles, service de dépannage alimentaire pour personnes dans le besoin **418 986-3240**
Fonds d'entraide de Grande-Entrée et Grosse-Île **418 985-2228**
Autisme de L'Est du Québec **1 877-725-2575**

SERVICE ANGLOPHONE

CAMI, conseil pour anglophones madelinots **418 985-2116**

LIGNE DE PRÉVENTION DU SUICIDE GIM

Service en Français **1 866-277-3553**
Service en Anglais **1 888-820-3211**

AUTRES SERVICES

Carrefour Unité, ressource pour personnes souffrant de troubles d'alcoolisme, de toxicomanie et autres dépendances **418 986-2233**
Association des TCC & AVC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine **418 969-1708**
Groupe d'entraide de la Fibromyalgie et des douleurs chroniques **418 937-6964**

Ce carnet pratique
vous est offert par le comité
des usagers du CISSS des Îles

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles



PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

PROCHAIN RENDEZ-VOUS



Date : _____

Heure : _____

Médecin : _____

Département : _____

Note : _____

_____

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles

Ici, maintenant, demain
et en tout temps,
la bienveillance envers
les usagers est notre priorité.

COMITÉ DES USAGERS
CISSS des Îles



COMITÉ DES USAGERS DU CISSS DES ÎLES
424, ch. Principal, bureau C-010, Cap-aux-Meules, Québec, G4T 1C9
418 986-2121, poste 8515 (Rez-de-chaussée du CHSLD Eudore-LaBrie)

Ou par courriel à :

comiteusager.cisssdesiles@ssss.gouv.qc.ca

Toujours unis pour le bien-être de notre communauté



Grâce à vous, nous améliorons
les soins offerts ici!

www.fondationsantearchipel.com

fondationsantedelarchipel

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

FONDATION santé DE L'ARCHIPEL