



# MON CARNET ACCÈS SANTÉ

**Direction + Diane Milliard**  
**Rédaction + Sylvie Dubois**  
**Supervision + Suzanne Pinard**  
**Révision linguistique + Chantal Gosselin**  
**Conception graphique + Agence Médiapresse inc.**

**Ce projet a été financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.**



**Les Éditions de la collectivité**  
**Institut québécois de la déficience intellectuelle**  
**3958 rue Dandurand**  
**Montréal (Québec)**  
**H1X 1P7**

**Téléphone + 514.725.2387**  
**Télécopieur + 514.725.2796**  
**info@aqis-iqdi.qc.ca**  
**www.aqis-iqdi.qc.ca**

**Bibliothèque et Archives Canada**  
**Bibliothèque et Archives nationales du Québec**  
**ISBN : 978-2-921036-35-1**

# MON CARNET ACCÈS SANTÉ

---

**PRÉNOM**

---

**NOM**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Pourquoi un carnet Accès Santé? . . .</b>	<b>6</b>
<b>Informations générales . . . . .</b>	<b>7</b>
<b>Autorisations et urgences . . . . .</b>	<b>10</b>
<b>Informations concernant les allergies . . . . .</b>	<b>12</b>
<b>Informations complémentaires. . . . .</b>	<b>16</b>
<b>Hospitalisations et autres interventions. . . . .</b>	<b>19</b>
<b>Informations : médecins traitants . . . . .</b>	<b>21</b>
<b>Spécialistes . . . . .</b>	<b>22</b>
<b>Informations : professionnels de la santé et des services sociaux . . . . .</b>	<b>27</b>
<b>Santé buccodentaire . . . . .</b>	<b>31</b>



**Santé visuelle . . . . . 34**

**Médicaments. . . . . 36**

**Informations pertinentes  
à la communication . . . . . 39**

**Informations :  
habitudes alimentaires . . . . . 40**

## POURQUOI UN CARNET ACCÈS SANTÉ?

- + **Pour réunir, SI JE LE DÉSIRES, les informations qui concernent ma santé et mes besoins.**
- + **Par exemple : J'ai des allergies...  
J'ai un régime alimentaire particulier...  
Je prends des médicaments... Lesquels?  
J'ai déjà été opéré(e)...  
Je suis suivi(e) par des médecins spécialistes...**
- + **Pour éviter d'oublier ou de chercher !**
- + **Pour m'aider à discuter de ce qui est important pour moi avec les personnes qui m'offrent et me donnent des services.**
- + **Pour faire connaître mes besoins et les situations où j'ai besoin de soutien lors, par exemple, d'une hospitalisation, la prise d'un médicament, etc.**
- + **Note : Si j'ai besoin d'aide pour remplir mon carnet Accès Santé, je peux demander à une personne en qui j'ai confiance de m'aider.**

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

---

**PRÉNOM**

---

**NOM**

**SEXE**

F    M

---

**NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE**

---

**NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE**

---

**DATE DE NAISSANCE**

---

**PRÉNOM ET NOM DE LA MÈRE**

---

**PRÉNOM ET NOM DU PÈRE**

---

**NUMÉRO DE CARTE DE L'HÔPITAL**

## LIEU DE RÉSIDENCE

- Famille naturelle
- Ressource de type familial
- Autre ressource d'hébergement

---

**PRÉCISIONS**

---

**ADRESSE**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**VILLE**

---

**CODE POSTAL**

---

**PERSONNE DE RÉFÉRENCE**

---

**LIEN**

## ASSURANCE PRIVÉE

- Oui     Non

---

**NUMÉRO DE LA POLICE**

---

**NOM DE L'ASSUREUR**

---

**TÉLÉPHONE**

## COUVERTURES D'ASSURANCE

- Examens radiologiques
- Hospitalisation
- Médicaments
- Soins de la vue
- Soins dentaires
- Autres

---

## PRÉCISIONS

### Services et soins privés

- Acupuncture
- Orthophonie
- Physiothérapie
- Autres

---

## PRÉCISIONS

## AUTORISATIONS ET URGENCES

### COORDONNÉES DES PERSONNES DE CONFIANCE À CONTACTER

1

---

PRÉNOM

---

NOM

---

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

---

TÉLÉPHONE BUREAU

---

CELLULAIRE

2

---

PRÉNOM

---

NOM

---

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

---

TÉLÉPHONE BUREAU

---

CELLULAIRE

**J'AI UN TUTEUR**

Oui     Non

**J'AI UN CURATEUR**

Oui     Non

---

**SI OUI, NUMÉRO DU DOSSIER**

---

**PRÉNOM**

---

**NOM**

---

**TÉLÉPHONE RÉSIDENCE**

---

**TÉLÉPHONE BUREAU**

---

**CELLULAIRE**

## INFORMATIONS CONCERNANT LES ALLERGIES

### 1 ALLERGIE À

---

CONFIRMÉE PAR LE MÉDECIN LE (DATE)

---

PRÉCAUTIONS À PRENDRE

---

---

---

---

---

AUTRES PRÉCISIONS

---

---

---

---

## **2 ALLERGIE À**

---

**CONFIRMÉE PAR LE MÉDECIN LE (DATE)**

---

**PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

---

---

---

---

**AUTRES PRÉCISIONS**

---

---

---

---

### **3 ALLERGIE À**

---

**CONFIRMÉE PAR LE MÉDECIN LE (DATE)**

---

**PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

---

---

---

---

**AUTRES PRÉCISIONS**

---

---

---

---

## **4 ALLERGIE À**

---

**CONFIRMÉE PAR LE MÉDECIN LE (DATE)**

---

**PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

---

---

---

---

**AUTRES PRÉCISIONS**

---

---

---

---

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### GROUPE SANGUIN

- A    AB    B    O

### FACTEUR RHÉSUS

- Négatif    Positif

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

- Anémie
- Bactéries multirésistantes
- Cancer
- Cholestérol
- Dépression
- Diabète
- Hypertension
- Maladies cardiaques
- Maladies de la glande thyroïde
- Maladies respiratoires
- Problèmes cutanés
- Problèmes rénaux
- Troubles auditifs
- Troubles digestifs
- Troubles de la vue

Troubles neurologiques

Virus

**AUTRES**

---

**PRÉCISIONS SUR LA NATURE  
DES ANTÉCÉDENTS**

---

---

---

---

---

**Liste des diagnostics que j'ai reçus**

**1**

---

**DIAGNOSTIC**

---

**NOM DU MÉDECIN**

---

**ANNÉE**

---

**2**

---

**DIAGNOSTIC**

---

**NOM DU MÉDECIN**

---

**ANNÉE**

**3**

---

**DIAGNOSTIC**

---

**NOM DU MÉDECIN**

---

**ANNÉE**

**4**

---

**DIAGNOSTIC**

---

**NOM DU MÉDECIN**

---

**ANNÉE**

## HOSPITALISATIONS ET AUTRES INTERVENTIONS

Nature de l'intervention	Date / durée	Nom du médecin et de l'établissement	Commentaires et observations

## HOSPITALISATIONS ET AUTRES INTERVENTIONS

Nature de l'intervention	Date / durée	Nom du médecin et de l'établissement	Commentaires et observations

## INFORMATIONS : MÉDECINS TRAITANTS

---

**MÉDECIN DE FAMILLE**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

## SPÉCIALISTES

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**D<sup>R</sup>**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**DR**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**D<sup>R</sup>**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**D<sup>R</sup>**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**D<sup>R</sup>**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

**INFORMATIONS : PROFESSIONNELS DE  
LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
(PAR EX. : PSYCHOLOGUE, TRAVAILLEUR SOCIAL,  
ERGOTHÉRAPEUTE, ETC.)**

---

**NOM**

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

---

**NOM**

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

---

**NOM**

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

---

**NOM**

---

**SPÉCIALITÉ**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**DERNIÈRE CONSULTATION**

---

**PROCHAINE CONSULTATION**

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

## SANTÉ BUCCODENTAIRE

---

**DENTISTE**

---

**HYGIÉNISTE DENTAIRE**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**ADRESSE**

---

**FRÉQUENCE DES VISITES**

- Tous les 6 mois       1 fois / an  
 Autres \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS DÉJÀ REÇUS**

- Détartrage  
 Extraction  
 Greffe  
 Nettoyage  
 Plombage  
 Prothèse dentaire  
 Radiographie  
 Traitement de canal  
 Autres \_\_\_\_\_

**TOUS LES JOURS,  
J'AI BESOIN D'AIDE POUR**

**ME BROSSER LES DENTS**

**PRÉCISIONS**

---

---

**UTILISER LA SOIE DENTAIRE**

**PRÉCISIONS**

---

---

**ENTREtenir MA PROTHÈSE**

**PRÉCISIONS**

---

---

**AUTRES PRÉCISIONS**

---

---



## SANTÉ VISUELLE

---

**OPTOMÉTRISTE**

---

**TÉLÉPHONE**

---

**ADRESSE**

**FRÉQUENCE DES VISITES**

1 fois / an

Autres \_\_\_\_\_

---

**DERNIÈRE VISITE**

**INFORMATION SUR MA SANTÉ VISUELLE**

---

---

**JE PORTE DES**

Lunettes (Verres correcteurs)

Verres de contact  
(Lentilles cornéennes)

**ÉVALUATION DE LA PRESSION  
OCULAIRE RÉALISÉE LE (DATE)**

---

**AUTRES PRÉCISIONS**

---

---

---

---

**J'AI DE LA DIFFICULTÉ AVEC**  
**(par exemple : la lumière dans les yeux,**  
**reconnaître rapidement les lettres, savoir**  
**ce qui est à gauche ou à droite, etc.)**

---

---

---

---

---

---

---

## MÉDICAMENTS

NOM DU PHARMACIEN

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

Médicament	Dose et durée du traitement	Effets secondaires	Prescrit par	Motif du traitement

## MÉDICAMENTS

Médicament	Dose et durée du traitement	Effets secondaires	Prescrit par	Motif du traitement

## MÉDICAMENTS

Médicament	Dose et durée du traitement	Effets secondaires	Prescrit par	Motif du traitement

## INFORMATIONS PERTINENTES À LA COMMUNICATION

**QUAND JE REÇOIS DES EXPLICATIONS  
POUR UN EXAMEN MÉDICAL OU  
POUR UN NOUVEAU MÉDICAMENT,  
JE PRÉFÈRE QU'ON ME LES DONNE**

- par écrit     oralement

**JE COMPRENDS MIEUX LES  
EXPLICATIONS SI LES PERSONNES**

- me parlent lentement  
 me donnent des exemples concrets  
 font des démonstrations  
 m'expliquent à l'avance ce que je vais ressentir  
 vérifient si j'ai bien compris

**AUTRES**

---

---

---

---

---

---

---

## INFORMATIONS : HABITUDES ALIMENTAIRES

### MES HABITUDES ALIMENTAIRES

---

---

---

### HABITUDES ALIMENTAIRES QUOTIDIENNES

- Lait \_\_\_\_\_ verres
- Jus \_\_\_\_\_ verres
- Eau \_\_\_\_\_ verres
- Autres \_\_\_\_\_ verres
- Fromage \_\_\_\_\_
- Céréales \_\_\_\_\_
- Yogourt \_\_\_\_\_
- Pain \_\_\_\_\_
- Pâtes alimentaires \_\_\_\_\_
- Crudités \_\_\_\_\_
- Légumes \_\_\_\_\_
- Fruits \_\_\_\_\_
- Viandes \_\_\_\_\_
- Desserts \_\_\_\_\_

**PRÉCISIONS SUR LE RYTHME  
DES REPAS (par ex. : lentement,  
rapidement) ET LES PORTIONS (par ex. :  
petites portions plusieurs fois par jour)**

---

---

---

**DIÈTE PARTICULIÈRE (par ex. : éviter le  
sucre, prendre des fibres) ○**

**Précisions** \_\_\_\_\_

**PRÉFÉRENCES**

---

---

---

**À ÉVITER (Pour me sentir bien je NE dois  
PAS manger les aliments suivants)**

---

---

---

---





- + **Si la personne me soigne sans expliquer ce qu'elle fait ou parle trop vite, je peux lui demander gentiment de ralentir, de m'expliquer et de me parler avec des mots que je comprends !**
- + **Si j'ai besoin que les informations soient écrites, je le demande !**
- + **Si je suis satisfait et heureux de la rencontre, je peux le dire avant de partir !**
- + **En cas de problème ou si j'ai le sentiment de ne pas avoir été écouté, je peux téléphoner à l'une des ressources suivantes :**

**le CAAP (Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes)**

**Tél. \_\_\_\_\_**

**le comité des usagers du CSSS**

**Tél. \_\_\_\_\_**

**le commissaire aux plaintes du CSSS**

**Nom \_\_\_\_\_**

**Tél. \_\_\_\_\_**

**Si je reçois des services d'un  
CRDI, je peux téléphoner**

**au comité des usagers du CRDI**

**Tél. \_\_\_\_\_**

**au commissaire aux plaintes du CRDI**

**Nom \_\_\_\_\_**

**Tél. \_\_\_\_\_**

**Ces services sont là pour  
m'aider et ils sont gratuits !**







INSTITUT QUÉBÉCOIS  
DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE  
3958, RUE DANDURAND  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H1X 1P7

TÉLÉPHONE : 514.725.7245  
TÉLÉCOPIEUR : 514.725.2796  
INFO@AQIS-IQDI.QC.CA  
WWW.AQIS-IQDI.QC.CA