

# Préadaptation

## - Arthroplastie du genou

### Questionnaire : plan de congé

#### Soutien

Je vis :

Seul(e)

Avec ma famille ou autre (précisez): \_\_\_\_\_

Je peux appeler quelqu'un si j'ai un malaise ou en cas d'urgence.

Oui, précisez : \_\_\_\_\_

Non

J'ai planifié un séjour en convalescence (un foyer privé pour personnes âgées offrant une période de récupération et de supports additionnels suivant ma chirurgie).

Oui, précisez : \_\_\_\_\_

Non

J'aimerais recevoir de plus amples informations sur les options de convalescence privée (voir ressources communautaires).

J'aurai quelqu'un pour m'accompagner lors de mon départ de l'hôpital.

Oui, précisez : \_\_\_\_\_

Non

J'aurai de l'aide après la chirurgie pour les 24-48 premières heures.

Famille

Ami(e)(s)

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

#### Après la chirurgie, avez-vous de l'aide pour faire les tâches suivantes :

Préparer les repas?	Oui	Non	
Vous aider à faire l'épicerie ?	Oui	Non	
Sortir les poubelles?	Oui	Non	
Prendre soin de vos animaux?	Oui	Non	N/A
Faire le ménage?	Oui	Non	N/A
Faire l'entretien à l'extérieur/pelleter la neige?	Oui	Non	N/A
Pour vous conduire à vos rendez-vous et traitements ?	Oui	Non	
Si non : Aurez-vous besoin des services de ParaTranspo ?	Oui	Non	

Je suis déjà membre

**Ayez à votre portée le questionnaire complété lors de votre rendez-vous de préadmission.**

# Environnement à domicile

## Type de domicile :

- Appartement avec ascenseur
- Appartement sans ascenseur
- Bungalow
- Maison à 2 étages
- Maison à paliers
- Autre : \_\_\_\_\_

SVP, indiquez sur quel étage est située chaque pièce :

**1 = rez-de-chaussée**      **2 = 2<sup>e</sup> étage**      **3 = sous-sol**

Salon \_\_\_\_\_ Cuisine \_\_\_\_\_

Salle d'eau \_\_\_\_\_ Salle de lavage \_\_\_\_\_

Chambre à coucher \_\_\_\_\_ Salle de bain \_\_\_\_\_

Dans votre salle de bain, avez-vous un bain avec douche ?      Oui      Non

Avez-vous un rideau de douche?      Oui      Non

Avez-vous une porte de douche?      Oui      Non

Avez-vous un cabinet de douche?      Oui      Non

## Escaliers :

Combien de marches pour entrer dans la maison? \_\_\_\_\_ Avec main-courante      Sans main-courante

Combien de marches pour accéder au 2<sup>e</sup> étage? \_\_\_\_\_ Avec main-courante      Sans main-courante

Combien de marches pour accéder au sous-sol? \_\_\_\_\_ Avec main-courante      Sans main-courante

Y a-t-il des marches ailleurs dans la maison? Précisez : \_\_\_\_\_

## Équipements

Avez-vous les moyens d'acheter ou de louer l'équipement?

Oui      Non

Bénéficiez-vous d'un programme d'aide financière?

Programme Ontario au travail?

POSPH?

Sécurité de la vieillesse avec Supplément de revenu garanti (cochez seulement si unique source de revenu)

Cochez les équipements que vous avez à domicile :

Marchette à 2 roues

Marchette à 4 roues

Béquilles

Canne

Fauteuil roulant

Barre d'appui pour :      Toilette      Bain

Siège de toilette surélevé

Chaise de bain

Banc de transfert bain

Enfile bas

Pince à long manche

Talonnaire à long manche      Autres : \_\_\_\_\_

**Avez-vous des préoccupations dont vous voulez discuter avec le personnel clinique :**

---

---