

Un Outil de Préparation de Rendez-Vous Chez le Médecin

Mon médecin est : _____

La clinique est située au : _____

La date et heure de mon rendez-vous sont: _____



AIMGA



Avant votre rendez-vous, vous pouvez...



Appelez le bureau de votre médecin pour poser des questions sur le temps d'attente, ou si vous devez annuler un rendez-vous.



Amenez des amis, de la famille ou un interprète.



Notez les symptômes et questions pour votre médecin.



Prenez des photos de vos médicaments à apporter à votre rendez-vous.



Vous devez apporter quelque chose à votre rendez-vous?

Médicaments : _____

Documents/Dossiers : _____

Autre: _____

À votre rendez-vous



Vous attendrez probablement avant que vous voyez le médecin et remplissez des papiers.



L'infirmière peut faire quelques mesures comme la tension artérielle, poids et taille.

Avez-vous des questions pour le médecin?

1. _____

2. _____

3. _____

Après le rendez-vous, vous pouvez...



Demandez au personnel d'écrire des informations dont vous aurez besoin.



Planifier un suivi de rendez-vous avec le réceptionniste.



Mettre en place un suivi des test de laboratoire.



Demandez si votre Assurance couvre Le coût des médicaments.



Voir les résultats des tests et antécédents vaccinaux en ligne sur My Health Records.



Appelez Healthlink (811) pour vous voir si vous avez besoin de visiter l'hôpital.

Que devez-vous faire après le rendez-vous ?

Pourquoi voyez-vous le médecin?

Comment allez-vous? _____

1. Pouvez-vous décrire ce qui se passe ? _____
2. Pourquoi pensez-vous que cela se produit ? _____
3. Quand cela a-t-il commencé ? _____ Cela fait combien de temps ? _____
4. Est-ce la première fois que cela se produit ? Oui Non _____
5. Est-ce que quelque chose le rend meilleur ? Oui Non _____
6. Y a-t-il quelque chose qui aggrave la situation ? Oui Non _____

Avez-vous remarqué l'un des changements suivants ?



GÉNÉRAL

1. Douleur : Oui Non
2. Fatigue : Oui Non
3. Perte de poids : Oui Non
4. Fièvre : Oui Non
5. Difficulté à dormir : Oui Non
6. Changements cutanés : Oui Non
7. Saignement : Oui Non
8. Changement de menstruation : Oui Non



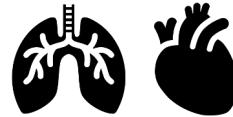
HUMEUR et PENSÉE

1. Oublier souvent des choses : Oui Non
2. Se sentir triste/malheureux : Oui Non
3. Se sentir inquiet : Oui Non



DIGESTION

1. Difficulté à avaler : Oui Non
2. Nausées/vomissements : Oui Non
3. Changements urinaires : Oui Non
4. Changements intestinaux : Oui Non



RESPIRATION ET CŒUR

1. Douleur thoracique : Oui Non
2. Toux : Oui Non
3. Difficulté à respirer : Oui Non
4. Rythme cardiaque rapide : Oui Non

AUTRE

Avez-vous déjà eu l'une des situations suivantes ?

Conditions médicales chroniques existantes ? Oui Non

Si oui, quelles conditions médicales avez-vous (par exemple, hypertension artérielle, maladie cardiaque) ?

Hospitalisations ? Oui Non Pourquoi ? _____

Vous avez voyagé l'année dernière ? Oui Non Où? _____

Allergies aux médicaments ? Oui Non À quoi ? _____

Avez-vous actuellement un emploi? Oui Non

Qui peut vous accompagner à domicile ?

