



BOUGEZ
VERS
LA
SANTÉ!

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher



CRÉER DES LIENS POUR LA VIE

**FONDATION HÔPITAL
PIERRE-BOUCHER**

L'humain au cœur des soins

Contribue fièrement à faire de l'Hôpital
Pierre-Boucher, un hôpital Ami des aînés.

BIENVENUE À L'HÔPITAL PIERRE-BOUCHER

Nous souhaitons que votre séjour à l'hôpital se passe bien et qu'il vous permette de maintenir vos capacités à la marche et de conserver votre autonomie.

C'est pourquoi, à moins de raisons médicales, **nous vous demandons de réaliser vos activités quotidiennes par vous-même ou d'y participer activement.**

Cela sera peut-être un peu difficile au début. Mais rapidement, vous verrez que BOUGER vous fera grand bien.

Pour réaliser ces activités avec succès, nous avons besoin de vous et du soutien de vos proches. Vous pouvez également compter sur les membres de notre équipe.

N'OUBLIEZ PAS !

1 semaine d'inactivité = 3 semaines de récupération

BOUGEZ VERS LA SANTÉ!

AIDE-MÉMOIRE POUR MAINTENIR MES CAPACITÉS ET CONSERVER MON AUTONOMIE

Mon nom : _____




Nom de mes proches et leur numéro de téléphone :

Je m'engage lors de mon hospitalisation à participer aux activités proposées et à les poursuivre lors de mon retour à la maison selon mes capacités.

Signature

JE COCHE MES ACTIVITÉS DE LA JOURNÉE

Dans la colonne JOUR, faites un X chaque fois que vous faites l'activité.

MES ACTIVITÉS		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Jour 8	Jour 9	Jour 10	RÉFLEXIONS PERSONNELLES (activités, aide requise, fatigue, autre...)
	Aller à la toilette											_____ _____ _____
		Me laver au lavabo ou à la douche										_____ _____ _____
	M'asseoir au fauteuil pour manger	Déjeuner										_____ _____ _____
		Dîner										_____ _____ _____
		Souper										_____ _____ _____
	Mettre mes bas et mes chaussures et marcher 5 minutes	AM										_____ _____ _____
		Soir										_____ _____ _____

QUOI APPORTER

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vêtements confortables | <input type="checkbox"/> Fournitures personnelles (pull-ups, pads protecteurs, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Souliers et pantoufles fermés au talon avec semelles antidérapantes | <input type="checkbox"/> Trousse de toilette : brosse à dents, dentifrice, peigne, déodorant, savon, shampoing, mouchoirs de papier, etc. |
| <input type="checkbox"/> Canne, marchette ou déambulateur utilisé à la maison | <input type="checkbox"/> Passe-temps, tels que livres, revues, mots croisés, albums de photos, radio avec écouteur |
| <input type="checkbox"/> Dentiers | <input type="checkbox"/> Agenda personnel si désiré et crayon |
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Numéros de téléphone des proches aidants ou membres de la famille |
| <input type="checkbox"/> Appareils auditifs avec boîtier et batteries | |

VEUILLEZ IDENTIFIER VOS VÊTEMENTS ET OBJETS PERSONNELS - NE PAS LAISSER D'OBJETS DE VALEUR À LA VUE.