



Mes choix pour des soins sûrs et inclusifs

Ma santé, mon bien-être – ma fierté.





Mes choix fait partie de ***Fierté, préparation et protection*** : une série de ressources pour aider les personnes 2SLGBTQ+ à obtenir des soins inclusifs. Ces ressources ont été développées par des personnes qui s'identifient comme bispituelles et LGBTQ+ et par le Portail palliatif canadien.

Mes choix pour des soins de santé sûrs et inclusifs est un document où vous pouvez consigner des renseignements relatifs à votre santé et à vos préférences en matière de soins. Il peut vous aider à discuter avec vos prestataires de soins de santé, à planifier vos soins futurs et à partager des renseignements avec d'autres personnes (personnes à contacter en cas d'urgence, etc.).

Nous vous encourageons à consigner autant de renseignements que vous le désirez dans ce document. Vous pouvez remplir le PDF et le conserver sous forme de document électronique, ou encore l'imprimer.

Nous vous suggérons de remettre une copie du présent document à vos proches et d'en faire connaître le contenu à vos prestataires de soins de santé. Ayez-le en main quand vous allez à vos rendez-vous, quand vous appelez le 911, quand vous allez aux urgences et quand vous accédez à d'autres services de soins de santé. Si, dans votre province ou territoire, il vous est possible de consigner vos volontés en matière de soins dans des documents officiels, veillez à ce que ces derniers reflètent le contenu du présent document et conservez le tout au même endroit.

Section 1 : Renseignements personnels

Ce document appartient à :

Nom légal (si différent) :

Mon genre et mes pronoms :

Je me définis comme : (personne bispirituelle, intersexuée, pansexuelle, lesbienne, gay, bi, trans, queer, non binaire, indigequeer, etc.)

Si vous avez trouvé ce document, merci de me contacter ou me le retourner à l'adresse suivante :

Numéro de téléphone et adresse postale :

Section 2 : En cas d'urgence

En cas d'urgence, prière de contacter :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :



Dans l'éventualité où je serais incapable de prendre des décisions concernant mes soins de santé, j'ai mandaté la personne suivante pour le faire en mon nom.

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :



J'avais pris mes dispositions et j'avais l'esprit tranquille. C'était comme si j'avais un filet de sécurité en dessous de moi tout ce temps-là.

Dans l'éventualité où je n'aurais pas désigné de mandataire, les personnes suivantes connaissent mes préférences en matière de soins.

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

Section 3 : Renseignements médicaux

Problèmes ou soucis de santé (hypertension artérielle, diabète, asthme, etc.) :

Allergies :

Problèmes ou soucis de santé mentale (dépression, anxiété, TSPT, etc.) :

Verres correcteurs, prothèses auditives, etc. :

Besoins pour cause de mobilité réduite :

Aides à la mobilité (cannes, etc.) :

Je prends actuellement le ou les médicaments suivants :

Je prends actuellement les vitamines, remèdes à base de plantes, suppléments ou médicaments traditionnels suivants :

Je suis actuellement sous traitement hormonal substitutif (THS) et :

Je refuse que mon THS soit modifié ou arrêté.

J'accepte de discuter de mon THS dans le contexte de mon problème de santé actuel.

J'accepte que mon THS soit modifié ou arrêté seulement si :

Antécédents chirurgicaux et dates :

Genre assigné à la naissance :

Féminin

Masculin

Intersexué

Votre équipe de soins de santé doit avoir un portrait global de votre santé et de vos antécédents pour être en mesure de traiter au mieux certains problèmes médicaux, notamment le cancer et les maladies cardiaques. Avez-vous des choses à partager à propos de votre corps, par exemple les organes reproducteurs que vous avez?

Section 4 : Sécurité et vie privée

Je préférerais que tout examen physique soit effectué par :

Genre :

Aucune préférence

Choses qui m'insécurisent :

Choses qui me sécurisent :

Je ne veux PAS que les personnes suivantes soient contactées, aient accès à mes renseignements personnels ou me visitent.

Nom(s) :

Section 5 : Antécédents sociaux

Ma situation de vie actuelle :

Je reçois des soins des personnes suivantes :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :



*Vous avez le droit de recevoir des soins de santé respectueux, sécurisants et exempts de discrimination. Voir la **Charte canadienne des droits des personnes 2SLGBTQ+** en matière de soins de santé.*

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

Je reçois des soins des organismes suivants :

Nom :

Coordonnées :

Nom :

Coordonnées :



« La question de la “famille” revient sans cesse. Beaucoup d’entre nous avons notre “famille choisie”. Ces personnes-là, nous savons qu’elles nous soutiendront. »

Je donne des soins à :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

J'ai des animaux de compagnie qui ont besoin de soins :

Section 6 : Soins intimes

Les soins intimes – associés aux fonctions corporelles, à l’usage de certains produits et à l’hygiène personnelle – impliquent des contacts avec les organes génitaux ou la poitrine ou leur possible dévoilement.

Les termes que je préfère :

Si autre que seins :

Si autre que organes génitaux :

Prière de NE PAS utiliser les mots suivants pour décrire mon corps :

Je préfère utiliser les toilettes et les vestiaires :

Pour femmes

Pour hommes

Je préférerais que mon bain et mes soins intimes me soient donnés par :

Genre :

Aucune préférence

Section 7 : Hébergement

Si on doit m'admettre dans un établissement de santé, je préférerais qu'on m'installe dans un espace :

Pour femmes

Pour hommes

Non genré

Pour personnes bispirituelles

Aucune préférence

Autre option (préciser) :

Je préférerais avoir des vêtements et des sous-vêtements :

Pour femmes

Pour hommes

Non genrés

Pour personnes bispirituelles

Autre option (préciser) :



Section 8 : Maladie avancée ou fragilité

J'ai un document (parfois appelé plan préalable de soins ou directives en matière de soins de santé) faisant état de mes volontés au cas où je serais incapable de les exprimer.

Oui

Non

Si oui, voici où le trouver :

*Notre document **Planifier mes soins** peut vous aider à réfléchir à ce qui sera important pour vous en fin de vie.*

Noms et coordonnées des personnes qui connaissent mes volontés en cas de maladie avancée et de fin de vie :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

Nom :

Pronoms :

Téléphone :

Courriel :

Lien :

Me connaît sous le nom de (nom, genre, pronoms) :

Si je ne suis pas en mesure de prendre soin de mon apparence (coiffure, rasage, etc.), je demande ce qui suit :





D'autres ressources sur les soins inclusifs sont offertes au www.PortailPalliatif.ca/2SLGBTQ, dont :

- Planifier mes soins
- Charte canadienne des droits des personnes 2SLGBTQ+ en matière de soins de santé pour les personnes en situation de maladie avancée, fragilisées ou en fin de vie

Nous tenons à remercier les personnes et organismes qui ont contribué à faire de ce document un document sûr et inclusif.

Also available in English.



PortailPalliatif.ca

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.