| DATE | NUMÉRO DE SECTION | PROGRÈS/OBJECTIFS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



| NOTES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Les documents "Ready Steady Go" ont été développés par le Comité de Pilotage sur la Transition dirigé par le Dr Arvind Nagra, néphrologue pédiatrique et responsable clinique du service de transition à l'Hôpital pour enfants de Southampton, Hôpital universitaire de Southampton NHS Foundation Trust, en se basant sur le travail de: 1. S Whitehouse and MC Paone. Bridging the gap from youth to adulthood. Contemporary Pediatrics; 1998, December. 13-16. 2. Paone MC, Wigle M, Saewyc E. The ON TRAC model for transitional care of adolescents. Prog Transplant 2006;16:291-302 3. Janet E McDonagh et al, J Child Health Care 2006;10(1):22-42. Les documents "Ready Steady Go" et "Bonjour le service de soins pour adultes" peuvent être utilisés dans leur forme originale uniquement dans un but non commercial. Toute modification est interdite sans l'autorisation de l'Hôpital universitaire de Southampton NHS Foundation Trust.

Le paragraphe suivant doit être inclus dans toutes les publications faisant référence à l'utilisation de ces documents : "Ready Steady Go" et "Bonjour le service de soins pour les adultes" développés par le Comité de Pilotage sur la Transition dirigé par le Dr Arvind Nagra, néphrologue pédiatrique et responsable clinique du service de transition à l'Hôpital pour enfants de Southampton, Hôpital universitaire de Southampton NHS Foundation Trust, en se basant sur le travail de: 1. S Whitehouse and MC Paone. Bridging the gap from youth to adulthood. Contemporary Pediatrics; 1998, December. 13-16. 2. Paone MC, Wigle M, Saewyc E. The ON TRAC model for transitional care of adolescents. Prog Transplant 2006;16:291-302 3. Janet E McDonagh et al, J Child Health Care 2006;10(1):22-42." Des informations complémentaires sont accessibles au lien suivant: www.uhs.nhs.uk/readysteadygo v2.0 2015

Adaptation française des documents par le Dr Robert Novo (CHU Lille, Hôpital Jeanne de Flandre, centre de compétences des maladies rénales rares, filière de santé des maladies rénales rares – ORKiD), le Dr Guillaume Thouvenin (AP-HP. Sorbonne Université, Hôpital Trousseau, centre de référence des maladies respiratoires rares – RespiRare, filière de santé des maladies respiratoires rares – RespiFIL) et Mmes Marie-Michèle Varin, Thelma Arcelin (RespiFIL).

# Programme de transition

Ready Steady Go programme

Nom :

Identifiant de l'hôpital :

Adresse :

Date de naissance :

Date de début du programme de transition :

École/université :

Numéro de téléphone fixe :

Adresse e-mail :

Numéro de téléphone portable :

Diagnostic :

Date cible pour le transfert dans le service de soins pour adultes :

Formulaire de passage rempli :

Documents :

Date :

Dépliant sur la transition destiné aux jeunes patients

Dépliant sur la transition pour les parents/aidants

Autre (précisez) :

Copie des comptes-rendus de consultation Date :

Équipe multidisciplinaire

Animateur/animatrice

Assistant(e) social(e)

Psychologue

Infirmier/infirmière spécialisé(e)

Diététicien(ne)

Autres

Personne référente

Contact de l'équipe du service de soins pour adultes

Date prévue de la première consultation dans le service de soins pour adultes

## (C) LES CONNAISSANCES

| | | R | S | G |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Décrit sa maladie, ses impacts et son pronostic | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Comprend le rôle de ses médicaments et leurs effets | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Comprend le but de son traitement et ses effets | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Connaît les membres clés de l'équipe soignante et leur rôle | ☐ | ☐ | ☐ |

## (E) EXPRIMER SES BESOINS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Est vu(e) seul(e) pendant une partie ou toute la consultation | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Sait comment prendre/modifier un rendez-vous médical | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Comprend son droit à la confidentialité | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Demande le renouvellement de ses ordonnances | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Est en partie/totalement responsable de ses médicaments/ses autres traitements | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. | Sait où trouver de l'aide | ☐ | ☐ | ☐ |

## (S) LA SANTÉ ET LES HABITUDES DE VIE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Comprend l'importance du régime alimentaire/du sport/de l'hygiène dentaire | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Comprend les dangers du tabac/de l'alcool/des drogues | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Comprend les problématiques de la sexualité/la grossesse/les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) | ☐ | ☐ | ☐ |

## (A) LES ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Prend soin de lui-même/d'elle-même et prépare seul(e) ses repas | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Est autonome dans ses déplacements | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Voyage/dort en dehors de chez lui/elle | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Prestations sociales | ☐ | ☐ | ☐ |

Programme de transition

## (PRO) LE PROJET PROFESSIONNEL

| | | R | S | G |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Études en cours et futuress/impact de sa maladie sur ses projets professionnels | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Assiduité et performance scolaires | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Expérience professionnelle et sait où trouver des conseils pour son orientation | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Loisirs et activités en extérieur | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Parler de sa maladie à l'école/son employeur | ☐ | ☐ | ☐ |

## (PSY) PSYCHO-SOCIAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Estime de soi/confiance en soi | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Image de soi/corporelle | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Relations avec son entourage/intimidations | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | Réseaux de soutien/famille/parler à ses amis | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Stratégies d'adaptation | ☐ | ☐ | ☐ |

## (T) LA TRANSITION

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Comprend le concept de la transition | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | Accepte le programme de transition | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | Participe au programme de transition | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | A visité le service de soins pour adultes (si applicable) | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | Consulte son médecin traitant de manière autonome | ☐ | ☐ | ☐ |

**À vos marques** Date _____ Signature _____

**Prêts** Date _____ Signature _____

**Partez** Date _____ Signature _____

Programme de transition

S'il y en a, merci de cocher et de dater les points à surveiller dans les champs libres, en indiquant le code des sections, par exemple C2, A3

| DATE | NUMÉRO DE SECTION | PROGRÈS/OBJECTIFS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |