

**Encadré 1 : Liste de vérification sur les transitions dans les soins**

*Cette liste de vérification est fournie à titre indicatif pour favoriser la mise en pratique de recommandations fondées sur des données probantes et un consensus dans l'élaboration d'un plan d'action concerté pour chaque personne, à mesure que celle-ci vit des transitions vers différents milieux et stades de soins.*

*La liste s'applique aux soins primaires, au service des urgences, aux soins de courte durée, ainsi qu'aux milieux communautaires et de réadaptation, de soins complexes, de transition et de soins de longue durée. Elle devrait permettre aux membres de l'équipe de soins d'avoir des discussions concrètes avec la personne ayant subi un AVC et sa famille sur les renseignements et les services nécessaires pour assurer des transitions de soins positives et réussies.*

**Soutien potentiel aux personnes ayant subi un AVC, à leur famille et aux aidants**

- Un soutien à la prise de décision et à la participation au sujet des transitions entre les différents stades de soins.
- Des renseignements exacts et à jour sur le prochain milieu de soins, les attentes à avoir et la façon de s'y préparer.
- L'accès à des soins réparateurs et à une réadaptation active pour améliorer ou maintenir les fonctions selon le plan de soins personnalisé.
- La planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins en fin de vie, le cas échéant.
- La consultation, la préparation et l'évaluation continue pour l'adaptation au changement du milieu de vie, des capacités, des responsabilités et des relations sociales, de la participation, des loisirs, des activités professionnelles et de l'environnement à domicile. Les répercussions sur la famille (p. ex., conjoint, partenaire ou enfants), les problèmes potentiels de ressources (p. ex., finances) et l'autonomie (p. ex., conduite automobile) sont tenus en compte.
- Les plans d'action concertés devraient contenir des instructions et des recommandations écrites concernant la sortie, y compris les objectifs et le suivi des soins.
- L'accès à une personne-ressource désignée à l'hôpital ou dans la communauté pour assurer la continuité des soins et répondre aux questions.
- L'accès à des organismes de santé et de services sociaux appropriés selon les besoins et le stade de la transition et du rétablissement, ainsi qu'aux conseils qu'ils offrent.
- Des liens et des renseignements sur les organismes communautaires locaux comme les groupes sur l'AVC, les programmes de visites par des pairs, les organismes qui fournissent des repas et d'autres services et organismes.
- Dans la mesure du possible, l'accès au soutien par des pairs ayant subi un AVC et vécu des transitions après la phase aiguë.
- Toutes les communications devraient être disponibles dans des formats adaptés à l'aphasie, le cas échéant, et en fonction de la littératie en matière de santé des personnes ayant subi un AVC, de leur famille et de leurs aidants.