Mon ***plan de santé portatif*** contient des informations au sujet de mon état de santé. Je l'ai établi pour que mes amis et ma famille puissent me venir en aide en cas de crise médicale ou mentale.

Mon nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Date : _____

En cas d'urgence, veuillez contacter

Nom : _____

Relation avec la personne : _____ Téléphone : _____

Les médicaments que je prends pour ma ***santé mentale ou physique, ou pour lutter contre l'alcoolisme et/ou la toxicomanie***, sont les suivants :

_____

_____

_____

Mes médecins sont : _____

_____

_____

Si je commence ***à ressentir des symptômes de la maladie, ou en cas de rechute***, veuillez m'aider à prendre les mesures suivantes : _____

_____

_____

_____

_____

En cas d'urgence, et si des médicaments supplémentaires sont nécessaires, je préférerais prendre les médicaments suivants : _____

_____

_____

En cas d'urgence, ne me faites PAS prendre les médicaments suivants :

_____

Guide de maintien de la santé après un séjour à l'hôpital

Plan de santé portatif

NEW YORK CITY HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION
nyc.gov/hhc

Quelques numéros pour obtenir des ressources :

Ligne d'assistance : (800) Lifenet (543-2638)
AA Intergroup : (212) 674-1680
Ligne d'assistance de la NAMI : (212) 684-3264
Ligne d'assistance de NA : (212) 929-6262
Ligne d'urgence de Samaritans pour la prévention du suicide : (212) 673-3000
Human Resources Info Line : (877) 472-8411

« Faites de votre rétablissement la plus haute priorité de votre vie. »

(Robin Norwood)

NYC Health & Hospitals Corporation
Bureau de la santé comportementale

NEW YORK CITY HEALTH AND HOSPITALS CORPORATION
nyc.gov/hhc

© 2009 par New York City Health and Hospitals Corporation. Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire la présente publication, en totalité ou en partie, sans la permission écrite de New York City Health and Hospitals Corporation.