WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN
de Mary Ellen Copeland

PLAN DE CRISE

- Liste de maintien au quotidien

Comment je suis lorsque je me sens bien :

Les choses que je dois faire pour continuer à me sentir bien :

Les choses supplémentaires que je pourrais faire (ou qui seraient bien que je fasse) :

Déclencheurs

Les choses, qui si elles se produisent, pourraient causer une augmentation de mes symptômes :

DECLENCHEUR	REPONSE

Les choses à faire si des déclencheurs surviennent pour éviter que les symptômes augmentent :

Signes précurseurs

Les signes avant-coureurs que d'autres m'ont rapportés/que j'ai observés :

Les choses que je dois faire si j'expérimente ces signes annonceurs :

Les choses que je peux faire si elles semblent bonnes pour moi :

Quand ça s'écroule

Les signes/symptômes qui indiquent que les choses s'empirent :

Ce qui peut aider à réduire mes symptômes quand ils ont empirés à ce point :

Plan de crise

Ce plan de crise est écrit quand je vais bien. L'objectif est d'apprendre aux autres comment s'occuper de moi lorsque je ne suis pas bien. Cela me permet de garder le contrôle même lorsque les choses me donnent l'impression que je ne l'ai pas.

Partie 1 : Comment je suis lorsque je me sens bien (en référence à la liste journalière) :

Partie 2 : Les symptômes qui indiquent que les autres doivent prendre toute la responsabilité de mes soins et prendre des décisions à ma place :

Partie 3 :

a. Mes soutiens, les personnes qui prennent les choses en main pour moi quand les symptômes de la partie 2 surviennent

- Nom : .....
- Relation avec moi : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Rôle que je veux que cette personne prenne/ tâches que j'ai besoin qu'elle fasse : .....

- Nom : .....
- Relation avec moi : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Rôle que je veux que cette personne prenne/ tâches que j'ai besoin qu'elle fasse : .....

- Nom : .....
- Relation avec moi : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Rôle que je veux que cette personne prenne/ tâches que j'ai besoin qu'elle fasse : .....

- Nom : .....
- Relation avec moi : .....
- Numéro de téléphone : .....
- Rôle que je veux que cette personne prenne/ tâches que j'ai besoin qu'elle fasse : .....

b. Les personnes que je ne veux impliquées sous aucun prétexte et pourquoi :

Partie 4 :

a. Médications/suppléments que je prends à ce moment là et pourquoi je les prends :

---

b. Médications/suppléments que je préfère prendre si la médication ou les suppléments deviennent nécessaire et pourquoi je les choisis :

---

c. Médications/suppléments qui sont acceptables pour moi s'ils deviennent nécessaires et pourquoi je les choisis :

---

d. Médications/suppléments qui doivent être évités et pourquoi :

Partie 5 :

a. Les traitements qui aident à réduire mes symptômes et quand ils doivent être utilisés :

---

b. Les traitements que je veux éviter et pourquoi :

Partie 6 : Plan communautaire

a. Ce qui peut être mis en place afin de rester à la maison ou dans la communauté qui permet d'avoir les soins dont j'ai besoin :

Partie 7 : Centres de soin

a. Les centres de soin où je préfère être traité ou hospitalisé si cela devient nécessaire :

---

b. Les centres de soin que je veux éviter et pourquoi :

Partie 8 : L'aide des autres

a. Les choses que les autres peuvent faire pour réduire mes symptômes ou qui me mettraient à l'aise :

Ce dont j'ai besoin/voudrait qu'on fasse Par qui

---

b. Les choses que les autres pourraient faire/ ont fait dans le passé qui pourraient/ n'ont pas aidé ou pourraient faire empirer les symptômes :

Partie 9 : Désactivation du plan

Les symptômes, la disparition de symptômes ou les comportements qui indiquent que mes soutiens ne doivent plus utiliser ce plan de crise :

Je soussigné,_____, considère ce document comme partie de mon traitement et pour cela autorise mon soignant _____
à partager les informations contenues dans ce plan avec les hôpitaux, services et personnes suivantes en cas d'urgence ou d'hospitalisation :

Signature et date

Témoins/soutiens et date
