

**CONSENTEMENT PRÉALABLE À L'ADMISSION ET
AUX SOINS À LA MSPVS**

Nom :

Prénom :

NAM :

J'ai été informé(e) de la philosophie de soins à la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (MSPVS) et j'accepte qu'une demande d'admission soit envoyée à la MSPVS. Je comprends qu'il est possible d'annuler cette demande en tout temps.

Je comprends que les soins qui se donnent à la MSPVS sont de nature palliative, c'est-à-dire qu'ils visent principalement :

- le soulagement de ma souffrance physique, morale et psychologique;
- l'accompagnement vers ma fin de vie dans la sérénité et le respect de ma personne et de mes proches;
- l'accès au soin de l'aide médicale à mourir dans notre établissement et ce, au moment choisi durant mon séjour, en vertu du projet de loi no.11 du gouvernement du Québec.

Ceci implique :

- qu'il n'y a plus de traitement possible pour guérir ma maladie, mais que tous les efforts pour soulager la douleur et les autres symptômes seront utilisés afin d'assurer mon confort et mon bien-être;
- qu'il n'y aura pas de mesures déployées pour tenter de prolonger ma vie :
 - je ne souhaite pas obtenir de réanimation cardio-respiratoire (RCR) à la fin de ma vie.

Je comprends que :

- je serai pris en charge par l'équipe interdisciplinaire de la MSPVS et mon état de santé sera évalué régulièrement;
 - j'autorise les médecins et l'équipe interdisciplinaire de la MSPVS à me dispenser les soins nécessaires;
 - j'autorise l'équipe interdisciplinaire de la MSPVS à accéder à l'information nécessaire à la prestation des soins requis et la transmettre dans la plus grande confidentialité aux professionnels concernés;
- la MSPVS n'est pas un établissement de soins de longue durée;
 - après un séjour maximum de trois mois, si mon état de santé s'est stabilisé ou amélioré (selon l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire), je serai réorienté(e) vers une ressource adaptée à mes besoins;
 - si j'étais réorienté(e) vers un hébergement public, les frais habituels d'hébergement public et les frais de transport associés seraient appliqués;
- la MSPVS a un code d'éthique afin d'assurer la tranquillité dans la maison et une qualité de vie aux patients et employés; je m'engage à respecter les consignes du guide des familles de la MSPVS;
 - la MSPVS est un lieu sans tabac à l'intérieur; je ne peux fumer qu'à l'endroit désigné à l'extérieur et si je ne suis pas capable de m'y déplacer seul, mes proches devront le faire; il en est de même pour la cigarette électronique;
- les soins sont gratuits, mais je devrai assurer le coût de mes médicaments;
 - j'autorise la MSPVS à faire une demande d'ouverture de dossier pharmacologique à la pharmacie communautaire qui collabore avec la MSPVS;
 - j'autorise la MSPVS à disposer, s'il y a lieu, de ma médication, incluant les stupéfiants et drogues contrôlées.

Nom du patient

Signature du patient

Date

Nom du représentant (en lettres moulées) si, en raison de la maladie, le patient n'est pas en mesure de consentir ou de signer

Signature du représentant

Date

Nom du témoin

Signature du témoin

Date

✓ Vous trouverez en annexe la liste d'effets personnels demandés lors de l'admission.

ANNEXE
EFFETS PERSONNELS DEMANDÉS LORS DE L'ADMISSION

- Carte d'assurance maladie
- Médicaments utilisés présentement
- Pansements utilisés, équipement pour stomie, autres équipements ou fournitures médicales spécialisés
- Savon
- Shampoing
- Crème hydratante pour le corps
- Culotte d'incontinence / Pull UP / Serviettes hygiénique
- Rasoir
- Brosse à cheveux
- Brosse à dents
- Dentifrice
- Produits nettoyants pour dentiers
- Boîte de kleenex
- Baume à lèvres
- Maquillage
- Sac magique
- Serviettes humides
- Jaquette / Pyjama
- Carte de crédit

Tout vêtement susceptible d'être porté par le patient peut être apporté de la maison afin d'optimiser son confort.

Le patient peut également apporter des articles personnels tels que films, livres, photos, etc. La chambre peut être aménagée selon les désirs du patient.