

**DEMANDE D'ADMISSION À LA MAISON DE SOINS PALLIATIFS
DE VAUDREUIL-SOULANGES**

PROFIL PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____
 NAM : _____ Date de naissance : _____ État civil : _____
 Adresse: No _____ Rue _____ Ville : _____ Tél. : _____
 Langue de communication : Français Anglais autre _____
 Est présentement : à domicile à l'hôpital autre _____
 Reçoit-il des services du soutien à domicile ? non oui - spécifier _____

Demande d'admission : urgente non-urgente
Raison de la demande : fin de vie contrôle des symptômes
Attentes : demeurer à domicile le plus longtemps décéder à domicile décéder dans un établissement de soins
 Volontés antérieures : Niveau de soins et RCR Directive médicale anticipée
 Commentaires : _____

PROFIL RÉSEAU FAMILIAL ET SOCIAL

Répondant: Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____
Aidant principal : Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____
Mandataire : Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____
 Mandat homologué : oui non Le patient est apte : oui non
 Le réseau familial exprime son incapacité émotionnelle à vivre le décès de leur proche à domicile
 Le réseau familial peu disponible L'aidant principal épuisé
 Le réseau familial identifie des troubles de comportement (agitation, agressivité, confusion, autres) : _____
 Le patient connaît : le diagnostic le pronostic le patient est informé de cette demande d'admission
 La famille connaît : le diagnostic le pronostic la famille est informé de cette demande d'admission
 Commentaires : _____

ÉTABLISSEMENT RÉFÉRANT

Nom de l'établissement : _____ **Unité :** _____
 Téléphone : _____ # _____ Télécopieur : _____
Intervenant : _____ **Type de professionnel :** _____
 Téléavertisseur : _____ Tél. : _____ # _____ Télécopieur : _____
 Signature _____ Date : _____
Médecin : _____ **Établissement / Clinique :** _____
 Téléavertisseur : _____ Tél. : _____ # _____ Télécopieur : _____
 Signature _____ Date : _____

Veillez joindre avec votre demande

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Liste de médicaments / Profil pharmacologique | <input checked="" type="checkbox"/> Rapports de consultations et notes pertinentes |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formulaire de consentement signé | <input checked="" type="checkbox"/> Résultats de laboratoire et rapports histo-pathologiques |
| <input checked="" type="checkbox"/> Niveau d'intervention médicale, RCR et DMA | <input checked="" type="checkbox"/> Rapports d'imagerie médicale |
| <input checked="" type="checkbox"/> Feuilles sommaires des dernières hospitalisations | <input checked="" type="checkbox"/> Outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) |

Patient : Nom _____

Prénom _____

PROFIL MÉDICAL

Diagnostic principal : _____ **Date du diagnostic** _____

Métastases : non oui (localisation / date): _____

Résultat de l'échelle de performance PPSv2 : _____ % ou autre (ECOG, Karnofsky) : _____

Pronostic : < 2 semaines < 6 semaines < 3 mois > 3 mois

estimé par :

en date du :

Traitements recus :

Chirurgie : non oui - type / date : _____

Chimiothérapie, non oui - date du dernier traitement _____

Radiothérapie non oui - date / localisation _____

Complications :

Ascite Œdèmes Lymphoedème Épanchements pleuraux Occlusion intestinale

Cachexie Délirium Convulsions Compression médullaire Détresse psychologique

Plaies / ulcères _____ Fractures _____ Hémorragie

Autres : _____

Symptômes :

Douleur (type / région) _____ contrôlée : oui non

Dyspnée Toux Fatigue Faiblesse Somnolence Insomnie

Anxiété Agitation Agressivité Confusion Incontinence urinaire Incontinence fécale

↓ Appétit ↓ Poids Dysphagie Nausées Vomissements Constipation

Autres _____

Mobilité : Se mobilise : Seul Avec aide Surtout assis/couché Surtout alité Toujours alité

Risque de chute : oui non

Alimentation : Normale Réduite Quelques gorgées Ne s'alimente pas

Autonomie pour les soins personnels : Autonome Aide nécessaire Soins complets

Niveau de conscience : Normal Somnolence Coma

Soins spécifiques requis, appareillage particulier, consignes :

Sonde vésicale Néphrostomie Trachéostomie Oxygénothérapie _____ L/min

Colostomie Gastrostomie Pacemaker / Défibrillateur Accès veineux central : _____

Soins de plaies Drain : _____ Surveillance _____

Autres _____

Présence d'infection : SARM ERV C-Difficile Autre : _____

Autres diagnostics : _____ **Déficit cognitif connu :** oui non

Allergies / Intolérances : _____

Commentaires : _____

Acheminer par télécopieur ou par courriel