



Consentement à l'admission et aux soins à la Maison de soins palliatifs du Littoral (MSPL)

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

- Le soulagement de ma souffrance physique, psychologique et morale;
- L'accompagnement vers ma fin de vie dans la sérénité et le respect de ma personne et de mes proches.

Ceci implique :

- Qu'il n'y a plus de traitements possibles pour guérir ma maladie mais que toutes les mesures requises seront mises en place pour soulager la douleur et les autres symptômes afin d'assurer mon confort et mon mieux-être. Ceci inclut le recours à la sédation palliative si nécessaire;
- Qu'il n'y aura pas de mesures pour tenter de prolonger ma vie, ni pour y mettre fin prématurément.

On m'a expliqué :

- Que je serai pris(e) en charge par l'équipe clinique (médecin, infirmière, pharmacienne, etc.) de la MSPL;
- Que la médication d'urgence sera fournie gratuitement par la MSPL mais que toute autre médication sera fournie par une pharmacie communautaire aux conditions et coûts prévus par l'assurance-médicaments du Québec ou par mon assurance privée;
- Que je devrai fournir mes produits d'hygiène tels que savon, brosse à dents, dentifrice, brosse, rasoir électrique de préférence, déodorant, sous-vêtements (protège-dessous, culotte d'incontinence, pull-up) ainsi que mes vêtements de jour, de nuit ainsi que mes chaussures ou pantoufles (adéquates pour la marche);
- Qu'après un séjour de deux mois, si mon état de santé s'est stabilisé ou amélioré, je pourrais être réorienté(e) vers une ressource adaptée à mes besoins et ce, après évaluation et discussion avec l'équipe clinique et mes proches de ma situation médicale et psychosociale.

J'ai pris connaissance de la nature palliative des soins offerts à la Maison de soins palliatifs du Littoral et j'accepte que l'on m'y inscrive en vue d'une admission. Il me sera possible d'annuler cette demande en tout temps.

Nom du patient(e)
(en lettres moulées)

Signature du patient(e)

Date

Nom du représentant(e)
ou du répondant(e)
si la personne ne peut consentir
(en lettres moulées)

Signature du représentant(e)
ou du répondant(e)

Date

Nom de l'intervenant(e)

Signature de l'intervenant(e)

Date