

Annexe 1

DEMANDE D'INSCRIPTION/ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS

(Avant d'entreprendre cette démarche, le patient apte à consentir ou son représentant s'il est inapte doit être avisé et consentant)

☐ Maison de soins palliatifs du Littoral (MSPL) ☐ CHSLD : _____

☐ Autres lits de soins palliatifs : _____

Identification du patient :

Nom : _____ Prénom : _____

NAM : _____ Établissement référant : _____

Adresse : _____

Date de naissance/âge : _____ État civil : _____

Identification de la personne à contacter (représentant du patient) :

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Identification de l'aidant principal :

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Identification du médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : _____

Identification de la pharmacie communautaire :

Nom : _____ Téléphone : _____

Est présentement : ☐ à domicile ☐ à l'hôpital ☐ autre _____

Est-il porteur de : ☐ SARM ☐ ERV ☐ C-Difficile ☐ Hépatite ☐ VIH

Documents à joindre :

- ☐ Feuille sommaire de la dernière hospitalisation
- ☐ Rapports ou notes de consultations pertinentes des spécialistes
- ☐ Derniers rapports d'imagerie médicale
- ☐ Profil pharmacologique *(Demander à la pharmacie communautaire de faxer le profil au 418-903-6168)*
- ☐ Derniers rapports de laboratoire
- ☐ Notes d'évolution du médecin traitant depuis la dernière visite à l'hôpital

Diagnostic principal : _____
Date du diagnostic : _____

Métastases : ☐ OUI ☐ NON **Localisation :** _____

Traitements reçus en lien avec le diagnostic principal :

Chirurgie : ☐ OUI ☐ NON

Chimiothérapie : ☐ OUI ☐ NON **Cessé le :** _____

Radiothérapie : ☐ OUI ☐ NON

Autres : _____

Conditions médicales associées (problèmes actifs et inactifs) :

☐ Trachéotomie : ☐ Colostomie ☐ Sonde vésicale

☐ Gastrostomie pour gavage : ☐ Gastrostomie pour vidange ☐ Pleurex péritonéal*

☐ Néphrostomie : ☐ Oxygénothérapie ☐ Pleurex thoracique*

☐ Autres : _____

***L'installation d'un drain pleurex est requise préalablement à l'admission si les drainages abdominaux ou pleuraux doivent se poursuivre. La MSPL ne procède pas aux ponctions pleurales ou abdominales autres que par un drain déjà en place.**

Autres maladies connues : _____

Symptômes présents :

☐ Douleurs difficiles à contrôler

☐ Dyspnée à l'effort ☐ Dyspnée au repos

☐ Toux

☐ Nausées / vomissements

☐ Occlusion / subocclusion intestinale

☐ Angoisse / Insomnie / Dépression

☐ Confusion

- ☐ Troubles de comportement _____
- ☐ Oedème ☐ Ascite
- ☐ Faiblesse ☐ Perte de poids Combien/temps _____
- ☐ Plaies _____
- ☐ Autres : _____

Les symptômes sont-ils bien gérés :

- ☐ OUI
- ☐ NON : spécifiez : _____

Situation psychosociale :

État du réseau familial :

- ☐ Inexistant / Peu disponible
- ☐ Épuisé physiquement
- ☐ Tirillé dans cheminement de deuil

Nombre d'aidants significatifs : _____

- ☐ Présent / Aidant et collaborateur
- ☐ Épuisé émotionnellement

Difficultés psychosociales ou psychiques observées :

Profil d'autonomie et état général

1	Peut faire du travail léger (AVD), travail sédentaire, ambulant seul, fait AVQ seul	
2	Incapable de travailler, ambulant seul, fait ses AVQ mais peut avoir besoin d'assistance, actif plus de 50% des heures éveillées	
3	Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% de ses heures éveillées, besoin d'aide pour ses AVQ	
4	Confiné au fauteuil et au lit, aide aux AVQ pratiquement complète	

Profil d'autonomie

Incapacités au niveau de :

☐ AVQ (se nourrir, se laver, s'habiller, fonctions vésicales et intestinales, utilisation de la toilette)

☐ Alimentation (Mange plus qu'avant, portion habituelle, demi-portion, mange peu ou pas, s'hydrate ou non)

☐ Mobilité (transferts, marche, utilisation du fauteuil roulant, capacité à utiliser un escalier, besoin d'un nouvel appareil de marche)

☐ Communication (communique ses besoins de façon claire) :

☐ Fonctions cognitives :

Pronostic estimé :

☐ < 2 mois

☐ > 2 mois

Date de ce pronostic :

Pronostic établi par :

Référent

Intervenant pivot : _____

Établissement : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature du référent

Date

**Acheminer le « *Consentement à l'admission* » et la « *Demande d'admission* »
à la Maison de soins palliatifs du Littoral à l'adresse courriel suivante :**

coordination@mspdulittoral.com

ainsi qu'au

Mécanisme d'accès du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse courriel suivante :

mecacceshebergement-csssad@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 418 380-8284