



**REEMPLIR EN LETTRES MOULÉES S.V.P.  
TOUTES LES INFORMATIONS SONT OBLIGATOIRES**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ No. RAMQ : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville / Code postal : \_\_\_\_\_

No. Téléphone : \_\_\_\_\_ Pharmacie communautaire actuelle : \_\_\_\_\_

Principale personne ressource et lien : \_\_\_\_\_ No. Téléphone : \_\_\_\_\_

Provenance de la demande :  Usager/proche aidant  CLSC  Centre hospitalier  Clinique/autre \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Médecin traitant (en CH) : \_\_\_\_\_

**S.V.P. Cocher les critères d'admissibilités rencontrés :**

- Personne âgée de 18 ans ou plus
- Personne ayant un niveau d'intervention médicale de type soins palliatifs (sans traitements curatifs)
- Personne ayant un pronostic présumé de moins de 2 mois (statut de performance < 50% à l'échelle de Karnofsky (PPS) ou < 3 à l'ECOG)
- Personne demeurant sur le territoire desservi par le RLS d'Arthabaska et de l'Érable ou dont le principal proche aidant<sup>1</sup> y réside

*Chaque demande reçue sera évaluée même si elle ne correspond pas à tous les critères d'admissibilités.*

*Pour toutes questions, veuillez contacter la directrice des soins infirmiers de la Maison Marie-Pagé au 819-604-9250.*

<sup>1</sup> Le proche aidant devra correspondre aux critères suivants : 1. Être un membre de la famille ou un ami très significatif, 2. Être présent pour l'usager, 3. Être prêt à s'impliquer de façon quasi quotidienne auprès de la personne (ex. : courses, gestion des factures de la pharmacie, participation aux soins).

**Selon la provenance de la demande, veuillez transmettre les documents suivants :**

*S.V.P. nous faire parvenir tout autre document jugé pertinent pour la qualité des soins offerts à la personne pour qui la demande est présentée.*

CLSC	CENTRE HOSPITALIER	CLINIQUE/AUTRE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dernière note médicale incluant le diagnostic et le pronostic (si disponible)</li> <li>• Niveau de soins et ordonnance de non réanimation</li> <li>• Protocole de détresse respiratoire</li> <li>• Note de la dernière visite infirmière à domicile <b>OU</b> Collecte de données – Annexe 1</li> <li>• Kardex à jour</li> <li>• Profil de médicament à jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dernière note médicale incluant le diagnostic et le pronostic</li> <li>• Anamnèse</li> <li>• Niveau de soins et ordonnance de non réanimation</li> <li>• Protocole de détresse respiratoire</li> <li>• Profil de médicament à jour</li> <li>• Collecte de données – Annexe 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dernière note médicale incluant le diagnostic et le pronostic</li> <li>• Résumé de l’histoire de santé</li> <li>• Niveau de soins et ordonnance de non réanimation</li> <li>• Protocole de détresse respiratoire</li> <li>• Copie des nouvelles ordonnances remises au patient, le cas échéant</li> </ul>
	<p><b>Le jour de l’admission envoyer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copie du Kardex</li> <li>• Copie de la FADM du jour</li> <li>• Copie de la feuille sommaire</li> <li>• Carte d’assurance maladie et d’hôpital</li> </ul>	

**Feuillet d’information sur la Maison Marie-Pagé remis à la personne ou à un membre de sa famille.**

**Acheminez la demande et les documents requis par fax à l’attention de la Direction des soins infirmiers au 819-604-6339.**

Nom de la personne qui complète la demande (CLSC/CH/Clinique/Autre) :	No. Téléphone et poste :
Date et heure :	Commentaire :