



Maison de fin de vie

Marie-Pagé

250, rang Pariseau
Victoriaville (Qc) G6T 0J6
Téléphone : 819 604-9250
Télécopieur : 819 604-6339

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

No. RAMQ : _____

Adresse complète: _____

No. Téléphone : _____

DEMANDE D'ADMISSION
Évaluation médicale

Remplir dument le présent formulaire et le télécopier avec les documents requis au 819 604-6339, dès que possible.

SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT AU STYLO

- Rapports d'examens pertinents au diagnostic de fin de vie
- Résultats de laboratoire pertinents au diagnostic de fin de vie
- Rapports de consultations médicales et/ou professionnels
- Notes médicales (dernière rencontre en clinique ou au CLSC)
- Tout autre document pertinent à l'évaluation de la demande ou aux soins requis

1. Diagnostic menant à la demande d'admission : _____

Médecin de famille : _____

Médecin consultant : _____

2. Date du dernier rendez-vous médicale avec le patient : _____

3. Histoire de santé actuelle : _____

4. Antécédents personnels : _____

Chutes dans le dernier mois Oui Non Spécifier : _____

Trouble cognitif Oui Non Spécifier : _____

Délirium hypo ou hyperactif Oui Non Spécifier : _____

5. Habitudes de vie : _____

6. Bilan des fonctions (compléter chaque section s.v.p.)

Système nerveux :

O.R.L. :

Système respiratoire :

Système cardiaque :

Système digestif :

Système génito-urinaire :

Appareil locomoteur :

Psycho-cognitive :

Tégumentaires :

7. Impression clinique sur le pronostic vital à la suite de l'évaluation médicale : _____

8. Ajustement médicamenteux fait suite à _____
l'évaluation médicale, s'il y a lieu : _____

9. Notes ou commentaires supplémentaires : _____

Coordonnées du médecin

Nom et prénom (lettres moulées) : _____ Tél. : _____

Signature : _____ No. pratique : _____

N.B. : Pour tout questionnement, contacter la directrice des soins infirmiers au 819 604-9250 sur semaine entre 8 h et 16 h.