



Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
No. RAMQ : \_\_\_\_\_  
Adresse complète: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No. Téléphone : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'ADMISSION

Toutes les informations relatives à l'offre de services, aux critères d'admissions et d'exclusions sont disponibles dans l'onglet *Soins et services* sur notre site web.

Pour faire une demande : Remplir le présent formulaire et le télécopier avec les documents suivants au 819 604-6339.

N.B. Les éléments précédés d'un \* sont **facultatifs** pour les demandes d'admission en répit.

- Niveau de soins ET Avis de non-réanimation cardiorespiratoire - formulaire AH-744 (NIM D requis pour admission permanente)
- \* Confirmation écrite du pronostic (< 2 mois / PPS < 50%)
- Liste des médicaments à jour (BCM ou profil RSIPA)
- Anamnèse + notes médicales (5 à 7 derniers jours) **OU** formulaire *Résumé médical* de la MMP
- Rapports d'examens pertinents au diagnostic de fin de vie (si disponible)
- Résultats de laboratoire pertinents au diagnostic de fin de vie (si disponible)
- Rapports de consultations médicales et/ou professionnels (si disponible)

LORS DE L'ADMISSION, nous faire parvenir une copie des documents suivants par fax ou dans une enveloppe :

- Kardex à jour
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Note d'observation infirmière du dernier 24-48 heures
- Carte d'hôpital et carte d'assurance maladie
- \* Formulaire d'administration des médicaments (FADM) du dernier 24 heures complété (hôpital)
- \* Feuille sommaire complétée (en CH)

1. Provenance de la demande :  Patient/proche aidant  CLSC  Centre hospitalier  Clinique/autre \_\_\_\_\_

2. Demande d'admission :  Permanente  Répit (Durée souhaitée : \_\_\_\_\_)

3. Diagnostic menant à la demande d'admission : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Médecin traitant (en CH) : \_\_\_\_\_

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

5. Personne ressource et lien : \_\_\_\_\_ No. Téléphone : \_\_\_\_\_

6. Informations relatives au consentement obligatoire à transmettre avant de soumettre la demande :

Le patient et ses proches sont informés du diagnostic et du pronostic.  Oui  Non

Le patient et ses proches acceptent de recevoir des soins palliatifs à la Maison Marie-Pagé.  Oui  Non

Le patient et ses proches sont informés que l'aide médicale à mourir n'est pas offerte à la Maison Marie-Pagé.  Oui  Non

Le patient et ses proches sont informés qu'il est interdit de fumer ou vapoter à l'intérieur de la Maison Marie-Pagé et qu'il sera permis de sortir fumer ou vapoter uniquement sous la supervision et l'accompagnement d'un proche.  Oui  Non

Le feuillet d'informations à l'intention du patient et ses proches a été lu et expliqué.  Oui  Non

Les proches du patient acceptent d'être présents au chevet de celui-ci à tout moment, si requis.  Oui  Non

Le patient et ses proches sont informés, qu'en cas de répit, aucune relocalisation ne pourra être faite à partir de la Maison Marie-Pagé.  Oui  Non

7. Informations relatives à l'état de santé actuelle :

Présence d'une infection résistante ou isolement (SARM, ERV, C.Difficile, Influenza, gastro, neutropénie, etc.)

Oui       Non      Spécifier : \_\_\_\_\_

Présence d'allergie / intolérance : \_\_\_\_\_

Poids actuel estimé : \_\_\_\_\_ livres / \_\_\_\_\_ kilos

Symptômes observés (dernier 5 à 7 jours) :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur difficilement soulagée | <input type="checkbox"/> Dyspnée       | <input type="checkbox"/> Comportement perturbateur |
| <input type="checkbox"/> Nausée /vomissement            | <input type="checkbox"/> Toux          | <input type="checkbox"/> Agitation                 |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie                      | <input type="checkbox"/> Œdème : _____ | <input type="checkbox"/> Confusion                 |
| <input type="checkbox"/> Occlusion / subocclusion       | <input type="checkbox"/> Ascite        | <input type="checkbox"/> _____                     |

Soins requis :

- |                                    |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Pansement | Spécifier : _____ |
| <input type="checkbox"/> Stomie    | Spécifier : _____ |
| <input type="checkbox"/> Drainage  | Spécifier : _____ |
| <input type="checkbox"/> _____     | Spécifier : _____ |

8. Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

Chutes dans le dernier mois       Oui       Non      Spécifier : \_\_\_\_\_

Trouble cognitif       Oui       Non      Spécifier : \_\_\_\_\_

Délirium hypo ou hyperactif       Oui       Non      Spécifier : \_\_\_\_\_

9. Informations relatives à l'autonomie fonctionnelle (situation actuelle) :

| AVQ                              | Seul                     | Avec aide                | Avec aide totale         | Commentaires, si requis : |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Se nourrir                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Boire                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Se laver                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| S'habiller                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Élimination urinaire             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Élimination fécale               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Transferts (lit, fauteuil, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Circuler à l'intérieur           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |
| Communiquer                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |

10. Score à l'échelle de PPS (%) : \_\_\_\_\_ (N.B. Une version de l'échelle PPS est disponible sur demande)

11. Équipement médical requis par l'utilisateur : \_\_\_\_\_

12. État psychologique et affectif de l'utilisateur face à sa situation : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du requérant**

Nom et prénom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_