

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

No. RAMQ : _____

Adresse complète : _____

No. Téléphone : _____

DEMANDE D'ADMISSION

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

POUR SOUMETTRE UNE DEMANDE :

➤ Remplir ce formulaire et le transmettre avec les documents suivants par courriel à admission@maisonmariepage.com ou par fax au 819 604-6339

- 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 médicale (formulaire du CH ou formulaire de MMP)
- Notes médicales (5 à 7 derniers jours)
- 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)

Diagnostic menant à la demande d'admission : _____

Provenance de la demande : CLSC Centre hospitalier Clinique/autre : _____

Demande d'admission Permanente Répit → durée souhaitée : _____

Intervenants et ressources au dossier

Médecin de famille : _____

Médecin traitant (en CH) : _____

Infirmière (SIAD) : _____

Trav. Social : _____

Autre(s) : _____

Pharmacie communautaire : _____ 

Répondants : 1. _____ Lien : _____ 

2. _____ Lien : _____ 

1. Informations relatives à l'état de santé actuelle de la personne

Présence d'une infection résistante ou isolement Oui Non

Spécifier : _____

Présence d'allergie / intolérance : _____ Spécifier : _____

Poids actuel estimé : _____

Tabagisme / vapotage Oui Non Spécifier : _____

Consommation d'alcool Oui Non Spécifier : _____

Consommation de drogue Oui Non Spécifier : _____

SUITE DEMANDE D'ADMISSION

Nom et Prénom : _____

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"/> Autre : _____ |

Soins infirmiers requis :

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

Antécédents de :

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| - Chutes dans le dernier mois | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécifier : _____ |
| - Trouble cognitif | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécifier : _____ |
| - Délirium hypo ou hyperactif | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécifier : _____ |

2. Informations relatives à l'autonomie fonctionnelle actuelle

AVQ	Seul	Avec aide	Avec aide totale	Commentaires, si requis :
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diète ou texture :				
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"/>	
Particularité : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Autre :				
Élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Particularité : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Autre :				
Transferts (lit, fauteuil, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Particularité : <input type="checkbox"/> Pivot seulement <input type="checkbox"/> Alité(e) <input type="checkbox"/> Autre :				
Circuler à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Particularité : <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> F. roulant <input type="checkbox"/> Autre :				
Communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Score à l'échelle de PPS (%) : _____ (N.B. Une version de l'échelle PPS est disponible sur notre site web)

Équipement médical requis par la personne pour son confort et/ou sa sécurité :

3. Informations de nature psychosociale

État psychologique et affectif de la personne face à sa situation : _____

État du réseau de soutien de la personne : _____

4. Informations relatives à la COVID-19

- La personne a-t-elle eu la COVID dans les 3 derniers mois ? Oui Non
- Combien de doses de vaccin contre la COVID a-t-elle reçue ? 1 2 3 et +
- La dernière dose a-t-elle été reçue il y a plus de 7 jours ? Oui Non
- La personne présente-t-elle des symptômes compatibles avec la COVID ? Oui Non
- La personne a-t-elle été en contact avec une personne positive à la COVID dans les 10 derniers jours ? Oui Non

5. Informations relatives au consentement de la personne et de ses proches

EN TRANSMETTANT CETTE DEMANDE D'ADMISSION, JE CONFIRME QUE :


- 1. La personne en fin de vie et ses proches sont informés du diagnostic et du pronostic. Oui Non
- 2. La personne en fin de vie et ses proches acceptent de recevoir des soins palliatifs à la Maison Marie-Pagé. Oui Non
- 3. La personne en fin de vie et ses proches sont informés que l'aide médicale à mourir n'est pas offerte à la Maison Marie-Pagé. Oui Non
- 4. Les proches de la personne en fin de vie acceptent d'être présents au chevet de celui-ci à tout moment si requis par l'état de santé. Oui Non
- 5. La personne en fin de vie 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
- 6. Le feuillet d'informations à l'intention de la personne en fin de vie et ses proches a été remis, lu et expliqué. Oui Non
- 7. En cas de répit, la personne et ses proches sont informés qu'aucune relocalisation ne pourra être faite à partir de la Maison Marie-Pagé. Oui Non


LE JOUR DE L'ADMISSION

Nous faire parvenir une copie des documents suivants **par fax ou dans une enveloppe** :

- Kardex à jour
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Notes d'observations infirmière du dernier 24-48 heures
- Notes médicales 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)

Coordonnées du requérant

Nom et prénom (lettres moulées) : _____  _____

Date de la demande : _____  _____

Commentaires : _____