



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 RÉPIT
Résumé médical

Le médecin traitant est responsable du suivi de son patient admis en répit à la Maison Marie-Pagé, à moins qu'il en demande la prise en charge par le médecin de garde de la Maison Marie-Pagé.

Pour l'admission des patients qui ne sont pas pris en charge par les médecins du SAD, **le présent formulaire doit être rempli par le médecin traitant**, puis transmis avec la demande d'admission en répit.

Si disponible, le médecin doit également transmettre une copie des documents suivants afin de faciliter la prise en charge.

- Rapports d'examens et d'analyses laboratoires pertinents au diagnostic terminal
- Rapports de consultations médicales et/ou professionnels pertinents
- Notes médicales (dernière rencontre clinique)
- Tout autre document pertinent à l'évaluation de la demande ou aux soins requis

SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT AU STYLO

1. Diagnostic terminal : _____

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

3. Souhaitez-vous assurer le suivi médical durant l'hébergement temporaire (répit) : OUI NON _____

SI OUI, spécifiez les moyens et moments
pour vous rejoindre en cas de besoin :

4. Histoire de santé actuelle : _____

5. Antécédents personnels : _____

Chute dans le dernier mois Oui Non Spécifier : _____

Trouble cognitif Oui Non Spécifier : _____

Délirium hypo ou hyperactif Oui Non Spécifier : _____

6. Habitudes de vie : _____

7. 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 :

Psychocognitive :

Tégumentaires :

8. Impression clinique sur le pronostic vital : _____

9. Notes 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.