

En vue de mon admission à la MMP, je reconnais que :

- J'ai été avisé que la MMP offre des soins de fin de vie de qualité, et ce, sans frais d'hébergement.
- J'ai été informé qu'il n'existe plus aucun traitement en vue de guérir ou de modifier la progression de ma maladie.
- J'ai été informé que les soins offerts le sont en continuité du domicile. Mes proches peuvent m'accompagner 24/24 heures et seront donc invités à offrir leur aide. Leur présence pourrait être requise selon vos besoins et à la demande du personnel infirmier.
- J'ai été avisé que je ne pourrai pas être admis(e) à la MMP dans le seul but d'y recevoir l'aide médicale à mourir.
- On m'a expliqué que tout comme à domicile, le coût des médicaments, des produits d'hygiène personnelle et d'incontinence ainsi que les suppléments nutritifs (Boost, Ensure) seront à mes frais.

Par conséquent :

- J'ai choisi librement de venir vivre mes derniers jours à la MMP et j'accepte de recevoir uniquement des soins de confort visant le soulagement des symptômes qui diminuent ma qualité de vie.
- Je comprends et consens que de recevoir l'aide médicale à mourir (AMM) en bas de 7 jours suivant mon admission serait difficilement réalisable.
- J'accepte que mon dossier pharmacologique soit transféré à la pharmacie dédiée de la MMP.
- Lors de mon admission, mon répondant s'engage à compléter le formulaire de la pharmacie afin de défrayer les coûts sur la portion non remboursée de mes médicaments par mon assurance privée ou gouvernementale (RAMQ) durant mon séjour. (Une carte de crédit autre que la vôtre pourrait être exigée)
- J'autorise l'équipe de soins de la MMP à accéder aux informations nécessaires pour me fournir les services dont j'ai besoin et à transmettre ses informations, en toute confidentialité, à tout professionnel de la santé impliquée dans mes soins.
- Je consens d'aller fumer ou vapoter aux endroits autorisés à l'extérieur de la MMP, sous ma responsabilité ou celle de mes proches si je ne peux me déplacer seul.
- Je m'engage à respecter le code de vie et d'éthique ainsi que toutes directives de la MMP afin d'assurer la tranquillité, le confort, la propreté et la mission de celle-ci.
- Je comprends qu'advenant un changement de comportement incontrôlable entraînant ainsi un dépassement de service, je pourrais être amené à être relocalisé surtout si la présence d'un proche au chevet est impossible.
 - Exemple : désorganisation, de l'agressivité, un refus des soins offerts, un danger pour soi ou pour autrui ou toute autre situation à risque élevé.
- Je comprends qu'une réévaluation de mon dossier pourrait être requise en cas d'amélioration de mon état de santé lors d'un séjour se prolongeant au-delà de deux à trois mois.
- J'accepte qu'une demande d'admission soit effectuée à la MMP pour mes soins de fin de vie et je comprends qu'il me sera possible d'annuler cette demande en tout temps.
- J'ai lu et compris le consentement préalable à l'admission de la Maison Marie-Pagé.

Signature du résident ou de son représentant

Signature du professionnel de la santé

Date

**** Pour toute question relative à mon admission ou pour planifier une visite de la MMP, veuillez contacter la MMP****

**** Une copie de ce document vous sera remise à la demande****