

- Toutes les informations relatives à notre offre de services sont disponibles au <https://maisonmariepage.com>

#### Critères d'admission

- Être âgé de 18 ans et plus.
- Être en phase terminale d'un cancer ou de toute autre maladie dont les soins requis sont uniquement d'ordre palliatif
  - Avoir un **NIM D** pour une admission permanente.
- L'évaluation médicale présume un pronostic de moins de **2 mois / PPS < 50%**.
- Demeurer sur le territoire de la MRC d'Arthabaska et de l'Érable, ou avoir son principal proche aidant significatif qui y demeure.

#### Critères d'exclusion des demandes

- Personne dont le transfert vers la MMP pourrait être nuisible (souffrance, détresse, décès imminent).
- Personne ayant des **troubles de comportements** (errance, risque de fugue, refus de soins, agressivité, consommation abusive, etc.).
- Personne qui n'accepte pas de recevoir des soins de type palliatifs.
- Toute autre situation jugée trop à risque ou inadmissible par la DSI de la MMP.

*N.B. : En présence d'un ou plusieurs des critères d'exclusion ci-dessus, il est possible de discuter du cas avec la DSI. L'implication des proches aidants pourrait permettre l'admission du patient.*

#### Conditions d'acceptation de la clientèle

- La personne en fin de vie et ses proches sont informés du diagnostic et du pronostic.
- La personne en fin de vie et ses proches acceptent de recevoir des soins palliatifs à la MMP.
  - ↳ À cet effet, la personne **se doit de signer le formulaire de consentement préalable** à son admission à la MMP.
- 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 la personne et si demandé par le personnel soignant.

#### Aide médicale à mourir (AMM)

- La personne **ne pourra pas être admise** à la MMP dans le seul but d'y recevoir l'AMM.
- La personne qui désire recevoir l'AMM devra comprendre et consentir que de **recevoir l'AMM en bas de 7 jours** suivant son admission **serait difficilement réalisable**.
- Selon la LCSFV, si le processus d'évaluation par le **1er médecin a été amorcé, il se devra de se présenter à la MMP** afin de la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès de la personne jusqu'à son décès.
  - ↳ En cas de circonstance exceptionnelle, le médecin se doit de contacter le médecin de garde de la MMP.

#### Pour soumettre une demande d'admission

- Remplir ce formulaire et le transmettre avec les documents suivants au [admission@maisonmariepage.com](mailto:admission@maisonmariepage.com)
- Il est essentiel de recevoir un dossier clinique complet afin de pouvoir évaluer et prioriser les demandes d'admission.
  - ↳ Il peut être compréhensible de notre part advenant un délai entre la réception de la demande et des documents demandés. Nous en aviser à ce moment.
- \*\* Nouveau \*\*** « **Consentement préalable à l'admission de la MMP** » signé par la personne ou son représentant.
- NIM D** (Niveau d'interventions médicales - formulaire AH-744)
- Profil des médicaments** à jour
- Feuille sommaire d'hospitalisation (si hospitalisé durant la dernière année)**
- Anamnèse médicale du CH (si la personne est hospitalisée)**
- Résumé médical** { **Formulaire de la MMP à faire compléter par le médecin si le patient provient d'une clinique et non pris en charge par les médecins du SAD du CLSC**
- Notes médicales** (3 à 5 derniers jours max.)       **Notes infirmières** (3 à 5 derniers jours max.)
- Rapports d'examen / résultats de laboratoire / consultations médicales et/ou professionnels (si disponible et pertinent)**

**\*\*\* N'hésitez pas à contacter la DSI en rapport avec la demande d'admission. \*\*\***

## DEMANDE D'ADMISSION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 # RAMQ : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 # téléphone : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC** principal : \_\_\_\_\_

**ATCD pertinent / site(s) si métastase(S)** : \_\_\_\_\_

Provenance de la demande :  CLSC  Centre hospitalier  Clinique/autre : \_\_\_\_\_

Demande d'admission :  Permanente  Préadmission  Répit → durée souhaitée : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Infirmière (SIAD) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant (en CH) : \_\_\_\_\_ Trav. Social : \_\_\_\_\_

Autre(s) : \_\_\_\_\_

Pharmacie communautaire : \_\_\_\_\_

Répondants : 1. \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ ☎

2. \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ ☎

Mandataire en cas d'inaptitude \_\_\_\_\_

**Etat civil** :  Célibataire (jamais marié(e))  Marié(e)  Conjoint(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e) Enfants : \_\_\_\_\_

**État du réseau de soutien de la personne** :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Allergie / intolérance :  Oui  Non Spécifier : \_\_\_\_\_

Poids actuel estimé : \_\_\_\_\_

Présence d'une infection résistante ou isolement :  Oui  Non

Spécifier : \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle eu la COVID dans les 3 derniers mois ?  Oui  Non

Spécifier : \_\_\_\_\_

#### **Symptômes observés (dernier 5 à 7 jours) :**

Douleur (type/région) \_\_\_\_\_ Contrôlée :  Oui  Non

Dyspnée  Faiblesse  Comportement perturbateur

Nausée / vomissement  Toux  Agitation

Constipation  Dysphagie  Confusion

Occlusion / subocclusion  Ascite  Anxiété

Incontinence urinaire  Œdème : \_\_\_\_\_  Insomnie

Incontinence fécale  Autre : \_\_\_\_\_



#### **Soins spécifiques requis, appareillage particulier et consignes :**

Sonde vésicale  Néphrostomie  Trachéostomie

Colostomie  Drain : \_\_\_\_\_  Pacemaker  Défibrillateur

Soins de plaies : \_\_\_\_\_  Oxygène : \_\_\_\_\_  Picc-line  Port-a-Cath

Autre : \_\_\_\_\_

<b>SUITE DEMANDE D'ADMISSION</b>	Nom et Prénom : _____
<p><b>Antécédents de :</b></p> <p>- Chutes dans le dernier mois    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    _____</p> <p>- Trouble cognitif    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    _____</p> <p>- Délirium hypo ou hyperactif    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    _____</p>	
<b>2. Informations relatives à l'autonomie fonctionnelle actuelle</b>	
<p><b>Alimentation :</b>    <input type="checkbox"/> Normal    <input type="checkbox"/> Réduite    <input type="checkbox"/> Quelques bouchées/gorgées    <input type="checkbox"/> Ne s'alimente pas</p>	
<p><b>Autonomie pour ses soins personnels :</b>    <input type="checkbox"/> Autonome    <input type="checkbox"/> Aide nécessaire    <input type="checkbox"/> Aide complète</p>	
<p><b>Se mobilise :</b>    <input type="checkbox"/> Seul    <input type="checkbox"/> Avec aide    <input type="checkbox"/> Surtout assis/couché    <input type="checkbox"/> Alité</p>	
<p><b>Transferts (lit, fauteuil, etc.) :</b>    <input type="checkbox"/> Autonome    <input type="checkbox"/> Pivot seulement    <input type="checkbox"/> Levier</p>	
<p><b>Circuler :</b>    <input type="checkbox"/> Canne    <input type="checkbox"/> Marchette    <input type="checkbox"/> Déambulateur    <input type="checkbox"/> F. roulant</p>	
<p><b>Risque de chute :</b>    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	
<b>Communiquer :</b>	
<p><b>Niveau de conscience :</b>    <input type="checkbox"/> Conscient    <input type="checkbox"/> Semi-conscient    <input type="checkbox"/> Inconscient</p>	
<p>Score à l'échelle de PPS (%) : _____ (N.B. Une version de l'échelle PPS est disponible sur notre site web)</p> <p>Équipement médical requis par la personne pour son confort et/ou sa sécurité : _____</p> <p>_____</p>	
<b>3. Informations de nature psychosociale / habitudes de vie</b>	
<p>État psychologique et affectif de la personne face à sa situation : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Tabagisme / vapotage (<b>actif</b>)    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    Spécifier : _____</p> <p>Consommation d'alcool (<b>actif</b>)    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    Spécifier : _____</p> <p>Consommation de drogue (<b>actif</b>)    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    Spécifier : _____</p> <p>Autres : _____</p>	
<b>Coordonnées du requérant</b>	
<p>Nom et prénom (lettres moulées) : _____ </p> <p>Date de la demande : _____ </p> <p>Commentaires : _____</p>	
<b>En tant que requérant de cette demande, je confirme que :</b>	
<p><input type="checkbox"/> Le feuillet d'informations à l'intention de la personne en fin de vie et à sa famille a été remis, lu et expliqué.</p>	
<p>À la suite de l'évaluation de cette demande par la DSI ou sa remplaçante, le requérant sera contacté afin de lui confirmer l'admissibilité et ensuite, au moment de planifier l'admission. À ce moment, le requérant informera la personne et ses proches de la date d'admission et planifiera le mode de transport approprié selon l'état de la personne.</p>	