

Installation : _____

DEMANDE D'INSCRIPTION ET DE MISE À JOUR EN RESSOURCES PALLIATIVES

Se référer à la Marche à suivre pour une inscription en ressources palliatives

SECTION A – DEMANDE D'INSCRIPTION

RESSOURCES PALLIATIVES DÉSIRÉES	
☐ Centre d'hébergement Docteur-Aimé-Leduc ☐ Centre d'hébergement La Prairie Autres ressources palliatives : ☐ Maison de soins palliatifs Vaudreuil-Soulanges ☐ Autres : _____	☐ Centre d'hébergement du Comté de Huntingdon ☐ Hôpital Anna-Laberge
INFORMATIONS DE L'USAGER	
Demande d'admission : ☐ Urgente ☐ Usager prêt ☐ Usager non prêt Raison de la demande : ☐ Fin de vie ☐ Lit de gestion des symptômes en hébergement temporaire	
Médecin de famille Nom : _____ Tél. : _____ Avisé : ☐ Oui ☐ Non	
Lieu actuel : ☐ Domicile ☐ Hôpital ☐ Autres : _____ L'usager reçoit des services du SAD : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Souhaits/attentes : ☐ Demeurer à domicile le plus longtemps ☐ Décéder à domicile ☐ Décéder dans une ressource palliative	
Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres : _____ État civil : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Séparé/divorcé ☐ Autres : _____	
Aptitude à la décision : ☐ Oui ☐ Non Mandat homologué : ☐ Oui ☐ Non	
Mandataire Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____	
☐ Niveau de soins et RCR complétés par le médecin ☐ Directives médicales anticipées complétées	
PROFIL MÉDICAL	
Diagnostic principal : _____ Date du diagnostic : _____	
Métastases : ☐ Oui ☐ Non (localisation/date) : _____	
Autres diagnostics : _____	

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. : _____
 AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

PROFIL MÉDICAL (SUITE)Déficit cognitif connu : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Allergies/intolérances : _____

Traitements reçus en lien avec le diagnostic principal :

Chirurgie : ☐ Oui ☐ Non (type/date) : _____Chimiothérapie : ☐ Oui ☐ Non (date du dernier traitement) : _____Radiothérapie : ☐ Oui ☐ Non (date/localisation) : _____

Autres : _____

Pronostic : ☐ Moins de 2 semaines ☐ Moins de 6 semaines ☐ Moins de 3 mois ☐ Plus de 3 mois

Estimé par : _____ En date du : _____

PPSv-2 ÉCHELLE DE PERFORMANCE**(Encercler votre résultat d'analyse pour chacun des paramètres et inscrire le résultat en %)**

Niveau de rendement	Ambulation	Activité et signes de maladie	Auto-soins Aide	Ingestion	Niveau de conscience
100%	Complète	Activité et travail : normaux Pas d'évidence de maladie	Complets	Normale	Entier
90 %	Complète	Activité et travail : normaux Certains signes de maladie	Complets	Normale	Entier
80%	Complète	Activité normale avec effort Certains signes de maladie	Complets	Normale ou réduite	Entier
70%	Réduite	Incapable de travailler normalement Maladie importante	Complets	Normale ou réduite	Entier
60%	Réduite	Incapable de faire AVD et passe-temps Maladie importante	Aide nécessaire à l'occasion	Normale ou réduite	Entier ou confusion
50%	Assis/couché principalement	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou réduite	Entier ou confusion
40%	Surtout alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Beaucoup besoin d'aide	Normale ou réduite	Entier/Somnolence ± confusion
30%	Complètement alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Soins complets	Normale ou réduite	Entier/Somnolence ± confusion
20%	Complètement alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Soins complets	Réduite ou gorgées	Entier/Somnolence ± confusion
10%	Complètement alité	Incapable de faire tout travail Maladie étendue	Soins complets	Soins de bouche seulement	Somnolence/coma ± confusion

Source : Victoria Hospice Society (traduction septembre 2008)

Résultat de l'échelle de performance PPSv2 : _____ %

 Mobilité : ☐ Seul ☐ Avec l'aide d'une personne ☐ Avec l'aide de deux personnes ☐ Avec levier
☐ Sans aide technique ☐ Avec une canne ☐ Avec une marchette ☐ En fauteuil roulant

Inscrire le nombre de chutes dans les 3 derniers mois : _____

Complications actuelles :

☐ Délirium ☐ Détresse psychologique
☐ Cachexie ☐ Occlusion intestinale ☐ Épanchements pleuraux ☐ Ascite
☐ Compression médullaire ☐ Lymphœdème ☐ Hémorragie
☐ Fracture (localisation) : _____
☐ Plaie/ulcère (localisation/stade) : _____
☐ Autres : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PROFIL MÉDICAL (SUITE)

Symptômes : _____

☐ Douleur (type/région) : _____ Contrôlée : ☐ Oui ☐ Non

☐ Dyspnée au repos ☐ Dyspnée à l'effort ☐ Toux

☐ Perte d'appétit ☐ Dysphagie ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ ↓ poids

☐ Anxiété ☐ Agitation ☐ Confusion ☐ Agressivité ☐ Convulsions

☐ Fatigue ☐ Faiblesse ☐ Somnolence ☐ Insomnie ☐ Œdème

☐ Constipation ☐ Diarrhée ☐ Incontinence fécale ☐ Incontinence urinaire

☐ Autres : _____

Soins spécifiques requis et particularités (appareillage spécifique, consignes, etc.) :

☐ Trachéostomie ☐ Oxygénothérapie : _____ L/min. ☐ Pacemaker/défibrillateur

☐ Sonde vésicale ☐ Stomie (type) : _____

☐ Tube nasogastrique ☐ Gavage (type) : _____

☐ Accès veineux central (type) : _____ ☐ Drain (type) : _____

☐ Soins de plaies _____

☐ Surveillance constante : ☐ Oui ☐ Non _____

☐ Autres : _____

Porteur de : ☐ SARM ☐ ERV ☐ C-Difficile

☐ Autres : _____

Préciser : _____

RÉSEAU FAMILIAL ET SOCIAL

Personnes ressources :

1- Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

2- Nom : _____ Lien : _____ Tél. : _____

☐ Réseau exprime son incapacité émotionnelle à vivre le décès de leur proche à domicile

☐ Réseau peu disponible/épuisé

☐ Réseau identifie des troubles de comportement (agitation, agressivité, confusion)

☐ Autres : _____

L'utilisateur connaît : ☐ Diagnostic ☐ Pronostic ☐ Est informé de cette demande d'admission

La famille connaît : ☐ Diagnostic ☐ Pronostic ☐ Est informé de cette demande d'admission

Nom :

Prénom :

Dossier :

RÉSEAU FAMILIAL ET SOCIAL (SUITE)

Conditions particulières (religion, famille, valeurs, etc.) : _____

ÉTABLISSEMENT RÉFÉRANT

Nom de l'établissement : _____ Unité : _____
 Téléphone : _____ # _____ Télécopieur : _____
 Intervenant pivot : _____ Profession : _____
 Téléphone : _____ # _____ Télécopieur : _____
 Cellulaire/téléavertisseur : _____
 Médecin référent : _____ Spécialité : _____
 Établissement/clinique : _____
 Téléphone : _____ # _____ Télécopieur : _____
 Cellulaire/téléavertisseur : _____

☐ Médecin référent avisé de la demande

Signature du référent et titre : _____ # permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

DOCUMENTS À FOURNIR AVEC LA DEMANDE D'INSCRIPTION

COCHER LES DOCUMENTS ENVOYÉS ET INSCRIRE LES RAISONS DU MANQUE DE DOCUMENTS	ENVOYÉ	NON PRÉSENT AU DOSSIER, DEMANDÉ AUX ARCHIVES OU AU BUREAU MÉDICAL	AUCUN
Formulaire «Demande d'inscription et de mise à jour en ressources palliatives », uniquement section A			
☐ Consentement à l'inscription à la ressource palliative signé ☐ Consentement spécifique pour la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges ☐ Consentement hébergement temporaire			
☐ Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier ☐ Demande intra CISSS de transmission d'information contenue au dossier de l'utilisateur			
Feuille sommaire de la dernière hospitalisation des 2 dernières années			
Notes évolutives médicales et autre professionnel de la dernière année			
Notes pertinentes du ou des spécialistes en lien avec les maladies principales			
Rapports de consultations professionnelles pertinentes			
Rapports histopathologiques et cytologiques			
Derniers rapports de résonnance magnétique, scan et échographie en lien avec les maladies principales			
Formulaire de niveau de soins et RCR			
Profil pharmacologique à jour de la pharmacie			
Plan de soins et/ou plan thérapeutique infirmier			
Notes d'observations infirmières des derniers jours			
Spécifique au SAD : Fiche de demande de service au CLSC (DSIE) reliée à cet épisode et collecte de données SYMO			

Installation : _____

**DEMANDE D'INSCRIPTION ET DE MISE À JOUR
EN RESSOURCES PALIATIVES**

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

SECTION B – DEMANDE DE MISE À JOUR

Date de la demande d'inscription initiale : _____ aaaa/mm/jj

MISE À JOUR : DÉCRIRE LES CHANGEMENTS DE L'USAGER DEPUIS L'INSCRIPTION INITIALE	
Résultat de l'échelle de performance	PPSv2 : _____ %

Signature du référent et titre : _____ # permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj	

DOCUMENTS À FOURNIR LORS DE LA MISE À JOUR OU DE L'ADMISSION			
COCHER LES DOCUMENTS ENVOYÉS ET INSCRIRE LES RAISONS DU MANQUE DE DOCUMENTS	ENVOYÉ	NON PRÉSENT AU DOSSIER, DEMANDÉ AUX ARCHIVES OU AU BUREAU MÉDICAL	AUCUN
Formulaire « Demande d'inscription et de mise à jour en ressources palliatives », uniquement section B			
Nouvelles notes évolutives médicales et des autres professionnels			
Nouvelles notes pertinentes des spécialistes en lien avec les maladies principales			
Nouveaux rapports histopathologiques et cytologiques			
Nouveaux rapports de résonnance magnétique, scan et échographie en lien avec les maladies principales			
Nouvelles notes d'observations infirmières			
Profil pharmacologique à jour de la pharmacie			
SI ADMISSION SEULEMENT			
Feuille d'administration des médicaments des derniers 72 heures si l'utilisateur provient du milieu hospitalier			
Feuille des entre-doses si l'utilisateur provient du domicile			