

Installation : _____

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

CONSENTEMENT À L'INSCRIPTION EN RESSOURCE PALLIATIVE

Je comprends que les soins qui se donnent à cette ressource sont de nature palliative, c'est-à-dire qu'ils visent principalement :

- Le soulagement de ma souffrance physique, morale et psychologique;
- L'accompagnement vers ma fin de vie dans la sérénité et le respect de ma personne et de mes proches.

Ceci implique :

- Qu'il n'y a plus de traitement possible pour guérir ma maladie mais que tous les efforts pour soulager les symptômes seront utilisés afin d'assurer mon confort et mon bien-être;
- Qu'il n'y aura pas de mesures déployées pour tenter de prolonger ma vie, donc qu'il n'y aura pas de tentative de réanimation cardio-respiratoire.

Je comprends que :

- Je serai pris en charge par l'équipe médicale ainsi qu'interdisciplinaire de soins palliatifs et mon état de santé sera évalué régulièrement;
- La ressource palliative dédiée n'est pas un lieu d'hébergement de soins de longue durée;
- Après un séjour d'un maximum de trois mois, si mon état de santé s'est stabilisé, je serai réorienté vers un milieu de vie adapté à mes besoins;
- Si je suis réorienté vers un hébergement public, les frais habituels d'hébergement public et les frais de transport associés seront appliqués;
- La ressource est un lieu sans tabac; je peux fumer qu'aux endroits désignés. Il en est de même pour la cigarette électronique. Si je suis incapable de m'y déplacer seul, mes proches devront le faire.

J'ai pris connaissance de la nature palliative des soins qu'on m'offre dans cette ressource et des conditions associées. J'ai eu l'occasion d'en discuter et de poser mes questions à mon équipe traitante.

J'accepte que l'on m'inscrive à une ressource palliative. Il est possible d'annuler cette demande en tout temps.

_____	_____	Date : _____
Nom de l'utilisateur (lettres moulées)	Signature de l'utilisateur	aaaa/mm/jj
_____	_____	Date : _____
Nom de la personne autorisée si la personne ne peut pas signer (lettres moulées)	Signature de la personne autorisée	aaaa/mm/jj
_____	_____	Date : _____
Nom de l'intervenant référent (lettres moulées)	Signature de l'intervenant	aaaa/mm/jj