



MOCLI60740

Installation : _____

RÉFÉRENCE CLINIQUE EXTERNE DE GESTION DES SYMPTÔMES EN SOINS PALLIATIFS

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Consignes : Se référer au GUI-10398 Guide d'intervention clinique externe de gestion des symptômes en soins palliatifs.

RÉFÉRENCE

- ☐ L'utilisateur accepte la référence et répond aux critères suivants :
- ☐ Majeur, être atteint d'une maladie incurable en phase avancée, avec pronostic réservé (profil oncologique ou maladie chronique terminale)
 - ☐ Informer de son diagnostic (et pronostic si établi) ainsi que de l'approche palliative associée et consentant à être rencontré par ce service
 - ☐ Présenter une gestion de symptômes complexes ou réfractaires
 - ☐ Avoir la capacité à se déplacer dans nos installations.
- ☐ L'utilisateur ne rencontre aucun des critères d'exclusion :
- Demande visant uniquement l'aide médicale à mourir
 - Demande exclusivement pour une gestion de la douleur chronique
- ☐ L'utilisateur a un médecin de famille ou ☐ L'utilisateur est inscrit au GAMF (Guichet d'accès à un médecin de famille)

Nom du professionnel référent : _____

- ☐ Cardiologie ☐ IPSPL/IPS SA ☐ Oncologie ☐ Néphrologie ☐ Neurologie
☐ Médecin de famille ☐ Pneumologie ☐ Urologie ☐ Autre : _____

Délai de prise en charge visé : ☐ Moins de 2 semaines ☐ 2 à 4 semaines ☐ 4 à 6 semaines

PORTRAIT MÉDICAL

Diagnostic(s) : _____

Antécédent(s) : _____

Renseignements cliniques et motif(s) de la référence : _____

OPTIONS THÉRAPEUTIQUES ASSOCIÉES

☐ **Chimiothérapie** : ☐ en cours ☐ cessée

Nom du traitement : _____

Date du dernier traitement : aaaa/mm/jj Nombre de cycles reçus : _____
☐ **Immunothérapie** : ☐ en cours ☐ cessée

Nom du traitement : _____

Date du premier traitement : aaaa/mm/jj Date du dernier traitement : aaaa/mm/jj
☐ **Radiothérapie (site)** : _____
Date du dernier traitement : aaaa/mm/jj Nombre de répétitions : _____

Installation associée : _____

☐ **Autre traitement de support** : _____

PORTRAIT CLINIQUE

PPSv-2 ÉCHELLE DE PERFORMANCE

(Cocher votre résultat d'analyse pour chacun des paramètres et inscrire le résultat en %)

Niveau de rendement	Ambulation	Activité et signes de maladie	Autosoins 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

Référence : Victoria Hospice Society (traduction septembre 2008)

Résultat de l'échelle de performance PPSv2 : _____ % ou ECOG : _____

Signature et titre : _____

Date : aaaa/mm/jj

Cette référence ainsi que le résumé de dossier (notes médicales, évaluation initiale de l'usager suivi en oncologie (AH-743), le cas échéant, et toutes autres consultations professionnelles pertinentes) doivent être envoyés par courriel clinique.soinspalliatifs.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450-699-6592

La Clinique externe de gestion des symptômes en soins palliatifs contactera l'usager pour lui donner un rendez-vous.

Pour joindre l'infirmière consultante en soins palliatifs en service à la clinique : 450-699-2425 poste 4292.

Pour prendre, modifier ou annuler un rendez-vous à la Clinique externe de gestion des symptômes en soins palliatifs, composer le 450-699-2425 poste 6161.