Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

RC3509

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

Installation : _____

CONSENTEMENT D'ADMISSION EN RESSOURCE DE SOINS PALLIATIFS

Je, usager(ère) ou représentant de l'usager(ère), soussigné(e), déclare ce qui suit :

- Je, ou l'usager(ère) que je représente, souhaite être admis(e) en ressource de soins palliatifs;
- Je pourrai être admis en fonction de l'évaluation du dossier, des conditions que j'accepterai et des places disponibles;
- J'ai dûment été informé(e) et je comprends que la ressource en soins palliatifs :
  - Offre des soins en fin de vie avec un accompagnement des usagers qui se fait dans la dignité et le respect de ces derniers et de leurs proches;
  - Offre des soins de confort physique et moral pour la gestion des symptômes, excluant les soins visant à guérir la maladie, les mesures de réanimation ou toutes autres mesures en vue de prolonger la vie;
  - N'est pas un lieu d'hébergement de longue durée. Suite à une réévaluation indiquant un pronostic plus favorable, l'usager(ère) pourrait être réorienté(e) vers une ressource adaptée à ses besoins.
- J'accepte que mon dossier médical, ou celui de l'usager(ère) que je représente, soit étudié en vue d'une admission dans une ressource de soins palliatifs;
- Je comprends que la présente demande d'admission peut être révoquée à tout moment et ce, même par un simple avis verbal à un intervenant de l'équipe traitante;
- J'ai eu l'opportunité de discuter de ce qui précède avec le référent soussigné et j'ai obtenu réponses à mes questions, le cas échéant.

Nom de l'usager(ère) ou de la personne autorisée (en lettres moulées) : _____

Signature* : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

☐ Usager(ère)
☐ Représentant légal (mandataire, tuteur, curateur); préciser : _____
☐ Consentement substitué; préciser le lien avec l'usager : _____
☐ Témoin ayant obtenu le consentement verbal de la personne incapable de signer, qui signe en sa présence et qui n'est ni un mineur, ni un majeur inapte, ni un membre de l'équipe de soins; préciser la raison de l'incapacité : _____

***VERSO : Le signataire doit parapher sous chaque ressource celle(s) dont il accepte les conditions pour fins d'une demande d'admission.**

Nom du référent (en lettres moulées)	Titre	N° de permis (si applicable)
Signature	Date (aaaa/mm/jj)	N° de téléphone

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Installation :** _____

N° de dossier : _____

Paraphez sous les ressources dont vous approuvez les conditions et auprès desquelles vous désirez formuler une demande d'admission

Maison de soins palliatifs la Source Bleue (MSPSB) : 1130 Rue de Montbrun, Boucherville, QC, J4B 8W6	
AMM	La MSPSB n'accepte pas les demandes d'admission dans le but unique d'obtenir l'aide médicale à mourir (AMM). Par contre, si au cours de mon séjour, je choisis de demander l'AMM, il sera possible de la recevoir à la MSPSB.
Tabac/Cannabis	Établissement sans fumée. Je pourrai aller fumer ou vapoter à l'extérieur, à l'endroit désigné. Si je ne suis pas capable de m'y rendre par moi-même de façon sécuritaire, mes proches devront m'y accompagner.
Frais	Montant unique de 100$ pour couvrir les fournitures médicales + assurer le coût des médicaments (RAMQ ou assurance privée) et des culottes d'incontinence.
Pharmacie	J'autorise la MSPSB à faire une demande d'ouverture de dossier à la pharmacie communautaire qui collabore avec la MSPSB.

Initiales du signataire : _____

Maison de soins palliatifs Victor-Gadbois (MSPVG) : 1000 Rue Chabot, Saint-Mathieu-de-Beloeil, QC, J3G 0R8	
AMM	Non disponible sur place.
Tabac/Cannabis	Établissement sans fumée. Je pourrai aller fumer ou vapoter à l'extérieur, à l'endroit désigné. Si je ne suis pas capable de m'y rendre par moi-même de façon sécuritaire, mes proches devront m'y accompagner.
Frais	Assurer le coût des médicaments (RAMQ ou assurance privée).
Pharmacie	J'autorise la MSPVG à faire une demande d'ouverture de dossier à la pharmacie communautaire qui collabore avec la MSPVG.

Initiales du signataire : _____

Unité de soins palliatifs du CHSLD Champlain : 5050 Pl. Nogent, Brossard, QC, J4Y 2K3	
AMM	L'aide médicale à mourir est disponible dans cette ressource.
Tabac/Cannabis	Établissement sans fumée. Je pourrai aller fumer ou vapoter à l'extérieur, à l'endroit désigné. Si je ne suis pas capable de m'y rendre par moi-même de façon sécuritaire, mes proches devront m'y accompagner.
Frais	15 $ par jour.
Pharmacie	L'installation fournit la médication.

Initiales du signataire : _____

Ressource en soins palliatifs St-Jean : 275 Bd Saint-Luc, Saint-Jean-sur-Richelieu, QC, J2W 1E4	
AMM	L'aide médicale à mourir est disponible dans cette ressource.
Tabac/Cannabis	Établissement sans fumée. Je pourrai aller fumer ou vapoter à l'extérieur, à l'endroit désigné. Si je ne suis pas capable de m'y rendre par moi-même de façon sécuritaire, mes proches devront m'y accompagner.
Frais	15 $ par jour + forfait payant pour la télévision + assurer le coût des médicaments (RAMQ ou assurance privée) et des culottes d'incontinence.
Pharmacie	J'autorise la ressource en soins palliatifs à faire une demande d'ouverture de dossier à la pharmacie communautaire qui collabore avec la ressource en soins palliatifs.

Initiales du signataire : _____

Ressource palliative au centre d'hébergement La Prairie : 500 Av. Balmoral, La Prairie, QC, J5R 1M1	
AMM	La ressource palliative n'accepte pas les demandes d'admission dans le but unique d'obtenir l'aide médicale à mourir. Par contre, si au cours de mon séjour, je choisis de demander l'AMM, il sera possible de la recevoir à la ressource palliative.
Tabac/Cannabis	Établissement sans fumée. Je pourrai aller fumer ou vapoter à l'extérieur, à l'endroit désigné. Si je ne suis pas capable de m'y rendre par moi-même de façon sécuritaire, mes proches devront m'y accompagner.
Frais	Aucun frais associé.
Pharmacie	L'installation fournit la médication.

Initiales du signataire : _____