



## Admissions

La Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar compte 23 lits et fournit des soins avec compassion pour permettre aux patients en phase terminale de mourir dans le confort et la dignité, dans un milieu chaleureux qui rappelle la maison, près de leur famille et dans leur collectivité. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif qui dépend du soutien de la communauté. L'équipe de médecins, infirmières, employés de soins de soutien et bénévoles de la résidence travaillent ensemble pour répondre aux besoins des patients et leur famille.

Pour être admissible, le patient doit :

- ❖ avoir un diagnostic terminal
- ❖ ne pas recevoir de traitements qui assurent le maintien ou le prolongement de la vie
- ❖ ne pas avoir fait une demande ou un plan pour l'aide médicale à mourir
- ❖ avoir un pronostic de moins de 3 mois
- ❖ résider sur le territoire du CIUSSS Ouest-de-l'Île ou y avoir été traité

OU

- ❖ avoir un aidant naturel principal qui réside sur le territoire du CIUSSS Ouest-de-l'Île
- ❖ remplir le formulaire de demande d'admission
  - l'information médicale sera fournie par l'équipe médicale
  - formulaire de consentement
    - compris et signé par le patient, si capable, ou son aidant naturel

Même si nous recevons toute l'information requise, il peut y avoir un délai avant l'admission selon la disponibilité d'un lit à cette période précise. Veuillez noter que les admissions ont lieu du lundi au vendredi, sauf lors des jours fériés. Ce ne sont pas tous les patients mourants qui nécessitent une admission en soins palliatifs. Comme nous disposons d'un nombre limité de lits, les personnes ayant les symptômes les plus pénibles auront la priorité.

**Voici les coûts déboursés par le patient et sa famille :**

- la partie du coût des médicaments qui n'est pas couverte par l'assurance (compris la RAMQ)
- les fournitures médicales spécialisées (pansements spécialisés, équipements pour stomisés, etc.)
- les articles de toilette (compris les produits pour incontinents)
- les frais de transport, le cas échéant (circonstances extraordinaires).

Chaque chambre :

- |                            |  |                                     |
|----------------------------|--|-------------------------------------|
| ❖ privée                   | ❖ mini réfrigérateur                           | ❖ animaux bienvenus                 |
| ❖ salle de bains attenante | ❖ accès Wi-Fi                                  | ❖ invité pour la nuit permis        |
| ❖ lit d'hôpital            | ❖ poste informatique                           | ❖ enfants bienvenus                 |
| ❖ téléphone                | ❖ lumière naturelle grâce aux grandes fenêtres | ❖ aucunes heures de visite strictes |
| ❖ téléviseur               |  |                                     |

Si vous avez des questions, visitez notre site Web à [www.residencesoinspalliatifs.ca](http://www.residencesoinspalliatifs.ca) ou communiquez directement avec l'équipe des admissions au 514-693-1718, poste 260.



## CONDITIONS D'ADMISSION

Nom du patient : \_\_\_\_\_

### **Avant d'envisager l'admission, divers critères doivent être respectés et compris. En voici la description:**

- ❖ **Aucune réanimation cardiopulmonaire (RCP)** : Je comprends qu'en raison de ma maladie terminale, la RCP est considérée comme une procédure médicale inutile. Je conviens que la RCP n'est pas une procédure que je souhaite en fin de vie. Prière de me permettre de mourir en paix. □ **Initiales** \_\_\_\_\_
- ❖ Je comprends que je serai responsable du coût de mes médicaments par l'entremise de mon assurance privée ou de l'assurance provinciale (RAMQ). □ **Initiales** \_\_\_\_\_
- ❖ On m'a expliqué que le mandat de la Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar est d'assurer des soins de confort en fin de vie. Les traitements prodigués ne visent pas la guérison. Les services offerts ont pour but :
  - d'améliorer la qualité de vie du patient par la gestion de la douleur et des symptômes;
  - de répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du patient;
  - d'assurer les soins globaux du patient, y compris l'hygiène, les soins cutanés, le positionnement, l'hydratation et l'alimentation de façon naturelle, le cas échéant;
  - l'absence de tout examen médical à moins qu'il soit jugé nécessaire par le médecin;
  - **aucun transfert vers l'hôpital** sauf si cela s'avère nécessaire pour la gestion spécialisée de la douleur ou des symptômes et sous l'ordre du médecin (p. ex. pour immobiliser une fracture). □ **Initiales** \_\_\_\_\_
- ❖ Je comprends que la Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar **n'est pas** un établissement de soins de longue durée. Mon état de santé sera vérifié régulièrement. Si l'équipe médicale juge que ma maladie est stable, ma famille et moi serons responsables de mon transfert vers un milieu de soins approprié à mes besoins. Ceci peut comprendre un retour à la maison avec des soins de santé communautaires appropriés ou d'autres services de soins infirmiers. Ma famille, le travailleur social de la Résidence et moi discuteront et organiseront ce transfert. □ **Initiales** \_\_\_\_\_
- ❖ Je comprends que la Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar est un environnement sans fumée. Si je désire fumer (y compris le vapotage), je dois respecter les lois provinciales en vigueur. Je comprends aussi que je dois demander à un ami ou membre de ma famille de m'accompagner ou m'aider au besoin si aucun membre du personnel ou bénévole n'est disponible. □ **Initiales** \_\_\_\_\_

### **Les deux clauses suivantes s'appliquent UNIQUEMENT si le patient est en mesure de donner lui-même son consentement.**

Je comprends que l'aide médicale à mourir (AMM) ne fait pas partie des services de la Résidence de soins palliatifs Teresa Dellar. Je comprends que l'objectif des soins palliatifs est de m'apporter du réconfort par la gestion de la douleur et d'autres symptômes pénibles. Je comprends que les soins palliatifs ne prolongent pas la vie ni ne précipitent la mort, mais laissent plutôt le processus de mort se dérouler naturellement et je n'ai pas fait de demande ou de plan pour l'AMM. □ **Initiales** \_\_\_\_\_

**J'ai le droit de changer d'avis et de demander l'aide médicale à mourir** : Je comprends que SI je change d'avis et décide d'obtenir l'aide médicale à mourir, comme c'est mon droit en vertu de la loi québécoise, je dois indiquer à mon médecin en soins palliatifs de mes souhaits. L'équipe de la Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar facilitera l'évaluation de deux médecins, et si je me qualifie, je recevrai l'AMM à la Résidence fournie par une équipe externe. □ **Initiales** \_\_\_\_\_

**En signant ce document, je comprends que la RCP n'est pas offerte à la Résidence. Je consens aux autres conditions d'admission à la Résidence indiquées ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de mandat ou de l'aidant naturel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé impliqué

\_\_\_\_\_  
Date



265, rue André-Brunet, Kirkland (Québec) H9H 3R4

Admissions : 514-693-1718, poste 260 Télécopieur : 514-693-0374

Nom :	Date de naissance :	Age :
RAMQ :	Exp. :	État civil :
Adresse :	Tél. :	
	Langue :	
Aidant naturel principal :	Lien :	Tél. :
Le patient est : à la maison <input type="checkbox"/> (habite seul? Oui/Non)	Hôpital <input type="checkbox"/> préciser :	Autre <input type="checkbox"/>
Connu du/de : CLSC <input type="checkbox"/> préciser :	NOVA <input type="checkbox"/>	
Référé par :	Tél. :	
Gestionnaire de case :	Tél. :	

**Raison de la demande :** Soins de fin de vie  Gestion des symptômes  Répit

Urgent

Non urgent

Admission future

Le patient est-il au courant de la demande d'admission? Oui  Non  pourquoi? \_\_\_\_\_

**Historique médical**

Maladie principale : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic initial : \_\_\_\_\_ Lieu du diagnostic : \_\_\_\_\_

**Métastases :**

Foie

Poumon

Cerveau

Os

Ganglions

Pleural

Surrénal

Péritonéal

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

**Présence de complications :**

Pneumonie de déglutition

Épanchement pleural

Lymphœdème

Ascites

Anomalie hématologique

Occlusion intestinale

Hémorragie

Convulsion

Détresse psychologique

Anorexie/émaciation

Hypercalcémie

Compression de la moelle épinière

Blessures/ulcères : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

**Traitements reçus :**

Chirurgie  Procédure/date : \_\_\_\_\_

Chimiothérapie  Médicament/date de la dernière dose : \_\_\_\_\_

Immunothérapie  Type/ date de la dernière dose : \_\_\_\_\_

Radiothérapie  Lieu/date : \_\_\_\_\_

**Symptômes actuels :**

Douleur  Endroit(s) : \_\_\_\_\_

Contrôlée? Complètement  Partiellement  Pas du tout

Dyspnée  Dyspnée au repos  Toux  Congestion  Prurit  Œdème

Bouche sèche  Dysphagie  Nausée  Vomissements  Diarrhée  Constipation

Insomnie  Dépression  Anxiété  Agitation  Délire  Perte de poids

Incontinence urinaire  Incontinence fécale

**Présence d'infections :**

SARM  ERV  C. difficile  ORC  Autre : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pronostic :

≤ 2 semaines    ≤ 6 semaines    ≤ 3 mois    ≥ 3 mois



Antécédents médicaux pertinents : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Soins infirmiers : Risque de chute

<i>Mobilité :</i>	Indépendant <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> (cane <input type="checkbox"/> marcheur <input type="checkbox"/> assistance de : 1 personne <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Réduite <input type="checkbox"/> Surtout assis/couché <input type="checkbox"/> Surtout au lit <input type="checkbox"/> Confiné au lit <input type="checkbox"/>
<i>Soins :</i>	Indépendant <input type="checkbox"/> Assistance (occasionnelle <input type="checkbox"/> considérable <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/>
<i>Ingestion :</i>	Normale <input type="checkbox"/> Réduite <input type="checkbox"/> Boit à petites gorgées seulement <input type="checkbox"/> Soins buccaux seulement <input type="checkbox"/>
<i>Vivacité :</i>	Normale <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Inconscience <input type="checkbox"/>

**Exigences spécifiques :** (des protocoles et fournitures seront nécessaires, peut-être aux frais du patient)

Colostomie  Iléostomie  Urostomie  Néphrostomie  (gauche  droite  Trachéostomie

PleurX  Fréquence : \_\_\_\_\_ Date/quantité du dernier drainage : \_\_\_\_\_

Pigtail  Fréquence : \_\_\_\_\_ Date/quantité du dernier drainage : \_\_\_\_\_

Pacemaker  Défibrillateur cardiovertible implantable (DCI)  Anticoagulants  préciser : \_\_\_\_\_

Aspiration gastrique  Tube nasogastrique  Oxygène  \_\_\_\_\_ L/min

Nutrition entérale  préciser : \_\_\_\_\_

Plaie  Endroit : \_\_\_\_\_ Traitement : \_\_\_\_\_

**Famille/soins psychosociaux :**

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Composition familiale : Partenaire  Parents  Frères/sœurs  Nb \_\_\_\_\_ Enfants  Nb \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Information pertinente : \_\_\_\_\_

Patient au courant du diagnostic/pronostic? Oui  Non  pourquoi? \_\_\_\_\_

Famille au courant du diagnostic/pronostic? Oui  Non  pourquoi? \_\_\_\_\_

Le patient s'attend-il à mourir : \_\_\_\_\_ à la maison  dans un établissement

**Soins spirituels :**

Le patient est-il affilié à une religion/culture organisée? \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il des besoins ou rituels spirituels précis? \_\_\_\_\_

**Information additionnelle ou commentaires :**

**Documents requis pour compléter la demande :**

Formulaire de consentement aux conditions d'admission  Liste de médicaments

Sommaire médicale  Consultations  Notes d'évolution  Rapports de pathologie ou cytologie

Résultats d'analyses microbiologiques  Résultats de laboratoires

Imageries pertinentes (tomodensitogramme, radiographies, tépographie, IRM)

Pour l'usage de la Résidence seulement :

PPS :

PPI :