



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
 - ❖ avoir un pronostic de moins de 3 mois
 - ❖ résider sur le territoire du CIUSSS Ouest-de-l'Île de Montréal ou y avoir été traité
- OU
- ❖ avoir un aidant naturel principal qui réside sur le territoire du CIUSSS Ouest-de-l'Île de Montréal
 - ❖ 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. 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 | ❖ aucunes heures de visite |
| ❖ téléviseur | grandes fenêtres | strictes |

Si vous avez des questions, visitez notre site Web à 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 (La Résidence) 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 **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 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** _____
- □ **Initiales** _____

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

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. J'accepte la philosophie et l'approche de la Résidence pour me fournir des soins qui ne prolongent ni ne précipitent la mort.

□ **Initiales** _____

J'ai le droit de demander et de recevoir l'aide médicale à mourir (AMM) : Je comprends que si je décide d'obtenir l'AMM, comme c'est mon droit en vertu de la loi québécoise, je dois informer mon médecin des soins palliatifs de mes souhaits. L'équipe de la Résidence facilitera l'évaluation de deux médecins et, si je me qualifie, je recevrai l'AMM à la Résidence par l'entremise d'une équipe externe. Si j'ai déjà fait une demande d'AMM et/ou que j'ai déjà une date, j'en ai informé l'infirmière de l'admission.

□ **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

Surréal

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**

| | |
|--------------------|---|
| Mobilité : | 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"/> |
| Soins : | Indépendant <input type="checkbox"/> Assistance (occasionnelle <input type="checkbox"/> considérable <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> |
| Ingestion : | Normale <input type="checkbox"/> Réduite <input type="checkbox"/> Boit à petites gorgées seulement <input type="checkbox"/> Soins buccaux seulement <input type="checkbox"/> |
| Vivacité : | 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 :

AMM demandée ? Oui Non

Si oui : 1ère évaluation par/date : _____ 2e évaluation par/date : _____

Date prévue : _____

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 :