



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.



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 ☐ (habite seul? Oui/Non)	Hôpital ☐ préciser :	Autre ☐
Connu du/de : CLSC ☐ préciser :	NOVA ☐	
Référé par :	Tél. :	
Gestionnaire de case :	Tél. :	

Raison de la demande : Soins de fin de vie ☐ 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 ☐
Détrese 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 ☐ Assistance ☐ (cane ☐ marcheur ☐ assistance de : 1 personne ☐ 2 ☐ Normale ☐ Réduite ☐ Surtout assis/couché ☐ Surtout au lit ☐ Confiné au lit ☐
Soins :	Indépendant ☐ Assistance (occasionnelle ☐ considérable ☐ complète ☐
Ingestion :	Normale ☐ Réduite ☐ Boit à petites gorgées seulement ☐ Soins buccaux seulement ☐
Vivacité :	Normale ☐ Somnolence ☐ Inconscience ☐

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 :



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** _____
- ❖ Je comprends que la Résidence a pour mission d'enseigner et de mener des recherches afin d'améliorer constamment les soins prodigués. Par conséquent, je peux être vu par des étudiants (futurs médecins, travailleurs sociaux, infirmiers) et les données figurant dans mon dossier peuvent être utilisées de manière anonyme à des fins de recherche. □ **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