

## **Demande d'admission** Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis

### **Clientèle admissible :**

- Résider sur le territoire du grand Sud-Ouest (Lasalle, Lachine, Verdun, le Sud-Ouest et Dorval) *ou* du CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal *ou* avoir un proche qui y réside;
- Être atteinte d'une maladie incurable, progressive et en phase terminale dont le pronostic est inférieur à 3 mois;
- Ne pas recevoir de traitement curatif;
- Ne pas présenter de comportement d'errance ou de trouble de comportement et/ou d'agressivité;
- Être avisée de ce pronostic et reconnaître que les soins à recevoir ne sont plus curatifs, mais palliatifs visant le soulagement de la douleur et le confort.

### **Critères d'admission complémentaires :**

- La personne, ou son représentant légal, choisit librement de venir à la Maison et signe de manière libre et éclairée le consentement;
- Un sommaire médical sera nécessaire pour l'étude de l'admissibilité;
- Le formulaire de demande d'admission doit être signé par un médecin;
- Le formulaire de non-réanimation et de niveau de soins D complété et signé par un médecin;
- La personne qui a fait ou désire faire une demande d'aide médicale à mourir est admissible.

### **Documents à fournir (si disponible) :**

- Niveau d'intervention
- Formulaire de consentement (inclure autorisation à communiquer les renseignements médicaux)
- Notes médicales, consultations en oncologie, soins palliatifs ou autre spécialité pertinente
- Liste de médicaments et FADM de 48h
- Résultats de laboratoires
- Résultats d'imageries pertinentes
- Feuille sommaire de la dernière hospitalisation
- Rapport de pathologie
- Évaluation psychosociale ou toute autre évaluation pertinente
- Plan de traitement pour tous les soins nécessaires

Tous document manquant peut entraîner un retard dans l'étude de la demande.

**Le formulaire doit être complété et signé, puis retourné, via fax ou courriel, aux coordonnées suivantes :** [admission@maisonsaultsaintlouis.com](mailto:admission@maisonsaultsaintlouis.com)

**# de télécopieur :** (514) 905-9792

**# de téléphone:** (438) 375-7916 poste 100 (pour information)



NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

EXP \_\_\_\_\_

**Formulaire de pré-admission**  
Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis

Provenance de la personne malade :

Domicile  Hôpital \_\_\_\_\_

RI

RPA/RTF

Adresse :

Langue de communication :

Genre :

Age :

**1ère personne contact**

Nom, prénom :

Lien avec le malade :

Téléphone :

Adresse :

**2<sup>e</sup> personne contact**

Nom, prénom :

Lien avec le malade :

Téléphone :

Adresse :

Nom du référent :

Titre :

Établissement :

Téléphone :

Courriel :

Nom du gestionnaire de cas :

Titre :

Établissement :

Téléphone :

Courriel :

Service du CLSC :  Non

Oui

Autre :



**Raison de la demande :**  Soins de fin de vie       Urgent       Non urgent

**Attentes :**

- Décéder dans un établissement de soins       Demeurer à domicile le plus longtemps  
 Décéder à domicile

Commentaires :

**Réseau social**

- Le réseau familial exprime son incapacité émotionnelle à vivre le décès de leur proche à domicile  
 Le réseau familial est peu disponible  
 L'aidant principal est épuisé  
 Le réseau familial identifie des troubles de comportement (agitation, agressivité, confusion, autres)

Informations à considérer (conflits, abus, soins spirituels, etc.) :

Le patient est-il au courant de son pronostic:  Non       Oui  
La famille est-elle au courant du pronostic :  Non       Oui

Description de la perception de sa situation :

**Historique médical**

**Diagnostic principal** :

Date :

Métastases (sites et dates) :

Traitements suivis (date du dernier traitement) :

- Chimiothérapie :  
 Hormonothérapie :  
 Immunothérapie :  
 Chirurgie :  
 Radiothérapie :

Autres :

Diagnostics secondaires :

Allergies/intolérances/restrictions alimentaires :

Consommation active :  Alcool       Drogue       Tabac



## Symptômes et/ou problèmes présents

Performance au PPSv2 :

### Mobilité :

- Complète  Réduite  Surtout assis/couché  Surtout alité  
 Toujours alité

### Alimentation :

- Normale  Diminuée  Des gorgées seulement  
 Soins de bouche seulement

### Autonomie AVQ :

- Autonome  Aide nécessaire  Soins complets

Niveau de conscience :

- Normal  Confusion  Somnolence  Coma

Douleur - Endroits :

- Contrôlée?  Complètement  Partiellement  Pas du tout

Dyspnée  Dyspnée au repos

Toux  Congestion

Œdème - Site :  Plaie - Site :

Prurit

Nausée  Vomissements  Diarrhée  Constipation  Occlusion intestinale

Bouche sèche  Dysphagie  Perte d'appétit  Perte de poids  Cachexie

Dépression  Anxiété  Agitation  Délirium  Errance  Insomnie

Trouble cognitif connu

Ascite  Hémorragie  Fracture

Chutes - Nombre dans le dernier 6 mois : \_\_\_\_\_

À risque de chuter  Fatigue  Faiblesse

Autres :



<b>Soins spécifiques requis (Préciser)</b>	
<input type="checkbox"/> Isolement requis/agent infectieux :	<input type="checkbox"/> Dispositif d'accès veineux centrale :
<input type="checkbox"/> Drain, type :	<input type="checkbox"/> Stomie :
<input type="checkbox"/> Aspiration gastrique :	<input type="checkbox"/> Trachéostomie :
<input type="checkbox"/> Sonde vésicale, si oui, date du dernier changement :	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie : _____ L/min
<input type="checkbox"/> Soins de plaie :	<input type="checkbox"/> Aide à la mobilité :

**Pronostic estimé :**  ≤ 1 semaine       ≤ 3 semaines       ≤ 6 semaines       ≤ 3 mois  
 ≥ 3 mois

Nom et signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

## **CONSENTEMENT PRÉALABLE**

### **À l'admission à la Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis**

**À lire avec la personne malade et ses proches.**  
**À signer par le futur résident ou son répondant légal.**

La Maison Sault-Saint-Louis est un organisme à but non lucratif qui a comme mission d'accueillir des personnes en fin de vie, afin de leur permettre de mourir dans le confort et la dignité.

On m'a expliqué que :

- Les soins qui y sont prodigués sont de nature palliative et non curative. Ils vont viser le soulagement de la douleur physique et psychologique, ainsi que la prise en charge des symptômes pour maximiser le bien être. Je comprends que dans ma situation il n'y a plus de traitement curatif envisageable et j'accepte que les soins offerts soient orientés uniquement vers le soulagement de mes symptômes. Je comprends qu'aucune réanimation cardio-respiratoire et ni manœuvre extraordinaire ne seront appliquées;
- L'accompagnement se fera dans le respect de mes choix et que mes proches pourront m'accompagner en tout temps ;
- Les soins sont gratuits, mais que je dois assumer le cout relié à la médication. Mon dossier pharmacologique sera transféré à la pharmacie communautaire affiliée avec la Maison. Je serai responsable de régler la facture auprès de ces derniers;
- Les pansements spécialisés, les produits pour l'entretien d'une stomie, les suppléments alimentaires ainsi que les culottes d'incontinences ne sont pas offerts par la Maison de soins. Il est de ma responsabilité de me les procurer;
- La Maison de soins n'est pas un centre de longue durée. Tout au long de mon séjour, mon état de santé sera réévalué régulièrement par l'équipe soignante. Advenant une amélioration de ma condition ou si mon état se stabilise, une réorientation dans un milieu répondant à mes besoins devra être envisagée, y compris un retour à domicile. Si cela arrive, un soutien de l'équipe sera offert pour trouver la ressource qui répond le mieux aux nouveaux besoins;
- La Maison est un milieu sans tabac. Comme dans tous les édifices publics, il est interdit de fumer et de vapoter (cigarette et cannabis) à l'intérieur de la Maison. Je m'engage à aller fumer à l'endroit extérieur désigné par la Maison. Les mêmes règles s'appliquent aux visiteurs. Je comprends que les préposés aux bénéficiaires et les bénévoles ne vont pas m'accompagner à l'extérieur pour fumer. Je comprends que si j'ai besoin d'aide, mes proches m'accompagneront. Le cannabis devra être consommé à l'endroit désigné par la Maison et devra être fait en l'absence de d'autres patients et/ou visiteurs. L'équipe médicale devra être avisée de la consommation pour une prise en charge optimale;
- La consommation d'alcool par les patients est permise. À noter, cependant, qu'aucun comportement inapproprié relié à la consommation ne sera toléré. L'équipe médicale devra être informée de la consommation;

- Je dois me conformer aux règles de l'établissement, qui me seront présentées dans le code d'éthique et le guide d'accueil.

Je comprends que je serai pris en charge par l'équipe interdisciplinaire de la Maison de soins et que mon équipe actuelle ne sera plus impliquée dans mon dossier.

J'autorise l'équipe multidisciplinaire de la Maison Sault Saint Louis à communiquer avec mon médecin traitant et les professionnels impliqués à mon dossier.

J'autorise l'équipe de la MPSSL à communiquer avec mes proches, au besoin.

On m'a expliqué que je peux demander et recevoir l'aide médicale à mourir à la Maison, à condition de respecter les critères d'admissibilité pour ce soin de fin de vie.

J'ai pris connaissance des soins proposés par la Maison de soins Sault Saint Louis et j'accepte qu'une demande d'admission soit faite. Je comprends également qu'il est possible d'annuler cette demande à tout moment.

Nom du patient ou du répondant : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_