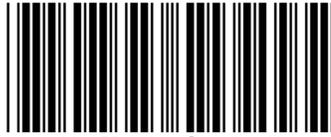




3530, BOUL. GOUIN EST
 MTL (QC) H1H 1B7
 TELEPHONE : (514) 321-8800
 TÉLÉCOPIEUR : (514)321-7632



* H M C O 1 9 *

**CONSENTEMENT PRÉALABLE À L'ADMISSION
 AUX SOINS PALLIATIFS « OASIS DE PAIX »
 PAVILLON MERE ANSELME, HOPITAL MARIE-CLARAC**

À LIRE AVEC L'USAGER et/ou SES PROCHES

On m'a expliqué que les soins qui se donnent à l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital Marie-Clara sont de nature palliative, c'est-à-dire que les soins qui sont offerts visent :

- À soulager la souffrance et autres symptômes et à améliorer la qualité de fin de vie;
- L'accompagnement dans la dignité et le respect de la personne malade et de ses proches.

Ceci implique :

- Qu'il n'y a plus de traitement possible pour guérir la maladie;
- Qu'il n'y aura pas de mesure extraordinaire pour prolonger la vie ou l'écourter;
- Qu'après discussion avec le médecin et en avoir saisi toute l'implication, certains médicaments ou traitements ne correspondant plus à mes besoins actuels pourraient être modifiés ou cessés.

On m'a aussi expliqué :

- Ce que signifie le niveau de soins 4;
- Ce qu'implique le critère d'admission de < 3 mois à l'unité des soins palliatifs « Oasis de paix »;
- Que ma condition sera évaluée périodiquement et s'il s'avérait que ma condition médicale se stabilise ou s'améliore et que l'unité des soins palliatifs ne soit plus le milieu idéal, une réévaluation médicale exhaustive sera effectuée et un milieu plus adapté sera recherché.

Je m'engage à respecter ces conditions.

J'accepte que mon dossier soit étudié pour une admission à l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital Marie-Clara. Il me sera possible d'annuler cette demande en tout temps par un avis verbal à un intervenant de l'équipe.

 Signature de l'utilisateur

 Date

 Signature du mandataire ou aidant naturel le plus significatif (si usager inapte)

 Date

 Nom de l'intervenant

 Date

 Signature de l'intervenant

 Date

ORIGINAL AU DOSSIER – COPIE À L'USAGER