



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



**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-Clarac 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;
- 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 ;
- Que si je désire sortir à l'extérieur du territoire de l'établissement, je m'engage à être accompagné ;
- Que si je souhaite l'aide médicale à mourir, il sera offert en collaboration avec un partenaire externe d'un établissement de santé et cela impliquera obligatoirement un transfert vers cet établissement.

**On m'a aussi expliqué :**

- Ce que signifie le niveau de soins 4;
- Ce qu'implique le critère d'admission de moins de 3 mois à l'unité des soins palliatifs « Oasis de paix »;
- Que ma condition médicale sera évaluée périodiquement et s'il s'avérait qu'elle 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-Clarac. Il me sera possible d'annuler cette demande en tout temps par un avis verbal à un intervenant de l'équipe.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'usager

\_\_\_\_\_  
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**