



DEMANDE D'ADMISSION AUX SOINS PALLIATIFS
« OASIS DE PAIX »

Pour tout questionnement, contacter l'infirmière de liaison au (514) 321-8800 poste 360
Compléter le consentement préalable à l'admission des soins palliatifs – Oasis de paix

COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET TÉLÉCOPIER LES DOCUMENTS SUIVANTS AU (514) 321-7632

- Présent formulaire
- Consentement préalable à l'admission des soins palliatifs – Oasis de paix
- Sommaire médical et confirmation du pronostic
- Rapports d'examen diagnostics pertinents au diagnostic de fin de vie
- Rapports de pathologie pertinents au diagnostic
- Résultats de laboratoire
- Consultations
- Notes médicales (4 – 5 jours)
- Niveau de soins
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Formulaire d'administration des médicaments du dernier 24 heures complété
- Sommaire pharmacologique ou liste des médicaments / profil médicamenteux
- Notes d'évolution de l'infirmière (4 – 5 jours)
- Autre information pertinente quant à l'évolution de la maladie

1. Ressources utilisées jusqu'à présent en soins palliatifs : _____
2. Hospitalisations fréquentes dans la dernière année? Oui _____ Non _____
3. L'usager est présentement : à l'hôpital Nom de l'hôpital : _____
 au domicile : suivi d'admission effectué par : _____ Tél. : _____
4. Diagnostic de fin de vie : _____
Date du diagnostic principal : _____ Pronostic : _____
 Chirurgie en lien : _____ Date : ____ / ____ / ____
 Présence de métastases Localisation : _____ Date : ____ / ____ / ____
 Autres complications (épanchement, ascite, fracture, etc.) : _____
5. Diagnostics secondaires : _____
6. Dernier traitement reçu en lien avec le diagnostic de fin de vie (chimio. – radio. – ponction): _____
Date : ____ / ____ / ____
7. Traitements de radio-isotopes ? Oui Non Si oui, quelle est la date du dernier traitement ? _____ Date : ____ / ____ / ____
8. Symptômes actuels :

<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Sub occlusion /	<input type="checkbox"/> Comportement perturbateur
<input type="checkbox"/> Nausée /vomissement	occlusion	<input type="checkbox"/> Agitation
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Œdème	<input type="checkbox"/> Confusion
<input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère	<input type="checkbox"/> Ascite	<input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> effort <input type="checkbox"/> repos



DEMANDE D'ADMISSION AUX SOINS PALLIATIFS
« OASIS DE PAIX »

L'utilisateur est porteur de micro-organismes résistants / *Clostridium difficile* (présence de diarrhée)

Oui Non spécifier: _____

9. Allergie : _____

10. Appareil et/ou équipement (pansement complexe ou particulier, drain, trachéotomie, gastrostomie, etc.) : _____

11. Autonomie fonctionnelle (situation actuelle) : _____

AVQ	Seul	Avec aide	Avec aide totale
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tourner au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver au lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'utilisateur est totalement alité Oui Non

Si non, préciser le nombre d'heures passées au lit par jour : _____ heures.

12. Score à l'échelle de Karnofsky (%) : _____

13. Présence d'un réseau soutien Oui Non

Qualité des liens / particularité – spécifier brièvement : _____

14. Adaptation à la situation de santé : _____

15. Informations relatives au consentement : _____

L'utilisateur et ses proches sont informés du diagnostic Oui Non

L'utilisateur et ses proches sont informés du pronostic Oui Non

L'utilisateur et ses proches acceptent les soins palliatifs à l'unité Oasis de paix Oui Non

Le consentement préalable à l'admission a été lu et expliqué à l'utilisateur et ses proches Oui Non

16. Coordonnées

Médecin requérant (nom et prénom) : _____ Tél. : _____

Infirmière pivot : _____ Tél. : _____

CLSC : (nom et personne ressource) : _____ Tél. : _____

Travailleur social (nom et prénom) : _____ Tél. : _____

Nom et prénom du professionnel : _____

Signature du médecin requérant :