



**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 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)
- Notes d'évolution de la travailleuse sociale
- 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 : \_\_\_\_\_  
 Accès veineux en place  Difficulté à trouver l'accès veineux durant son séjour  
 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 : \_\_\_\_\_ / /  
 Présence d'un pacemaker défibrillateur  
 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.  Demande d'AMM signée par le patient avant son transfert

Toute demande d'AMM et avis faits dans les 6 derniers mois

1<sup>er</sup> avis médical fait nom du médecin et # permis \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> avis médical fait nom du médecin et # permis \_\_\_\_\_

13. Score à l'échelle PPS : \_\_\_\_\_

14. Présence d'un réseau soutien  Oui  Non

Qualité des liens / particularité – spécifier brièvement : \_\_\_\_\_

15. Adaptation à la situation de santé : \_\_\_\_\_

16. 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

17. 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 : \_\_\_\_\_