



**Demande d'admission
de soins palliatifs pour fin de vie**

Demande d'admission | Demande de pré-admission

1. Renseignements généraux sur la personne visée par l'admission

Nom	Prénom	Date de naissance aaaa-mm-jj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro d'assurance-maladie (RAMQ)		
<input type="text"/>		
Adresse complète (No, rue, ville, province, code postal)		Téléphone
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Personne contact / lien		Téléphone
<input type="text"/>		<input type="text"/>

2. Intervenants de soins

Médecin traitant	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre professionnel	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLSC – Intervenant pivot	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Renseignements médicaux

Diagnostic palliatif principal	Date aaaa-mm-jj
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres diagnostics	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Défibrillateur automatique	
Allergie(s) connue(s)	
<input type="text"/>	
Pronostic	
<input type="checkbox"/> - 1 semaine <input type="checkbox"/> - 4 semaines <input type="checkbox"/> - 3 mois	
Pourcentage estimé selon l'échelle de performance en soins palliatifs PPS ou Karnofsky : _____	
<input type="checkbox"/> NIM : D signé / Formulaire joint <input type="checkbox"/>	
Dernier(s) traitement(s) reçus/Date(s)	
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie _____	<input type="checkbox"/> Radiothérapie _____
<input type="checkbox"/> Transfusion _____	<input type="checkbox"/> Autres _____
Signes/symptômes actuels : _____	
<input type="text"/>	

4. MédicationProfil des médicaments / BCM joint

--

5. Soins

Alimentation

 Normale Dysphagie Texture/consistance _____

Soins physiques / Traitements requis

 Pansements / Plans de traitement joints _____

 Sonde Autre _____
6. Autonomie fonctionnelle
 Autonome Aide partielle Aide complète

Équipement requis : _____

Risques

 Chute Errance Agressivité Autre _____
7. Données psychosociales

Composition familiale / Proches

--

Problématiques particulières

--

Soins palliatifs pour fin de vie – Consentement aux critères d'admission à la Résidence Le Monarque signé et joint

Joindre tout autre document pertinent au suivi du dossier du client; sommaire d'hospitalisation, notes médicales, PTI, etc.

Professionnel de la santé référant

Nom	Prénom	Profession

Établissement	Téléphone	Date