

Pallia-Vie, la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord, offre ses services gratuitement aux personnes de tout âge ayant un besoin en soins palliatifs. Pour être admissibles, ces personnes doivent respecter les critères suivants :

- habiter la région des Laurentides ;
- avoir un pronostic de vie de moins de trois mois ;
- ne plus recevoir de traitement curatif ;
- être au courant de l'état avancé de sa maladie ;
- connaître la mission de la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord ;
- accepter de venir terminer ses jours à la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord ;
- ne pas déposer de demande d'admission dans le seul but de recevoir l'aide médicale à mourir, et ce, peu importe sa condition avant son admission ;
- ne pourra être admis un patient qui a, avant son admission, une demande d'aide médicale à mourir toujours active ou en processus.

### **Renseignements importants**

- Le patient (ou son représentant légal) doit être au courant de l'état avancé de sa maladie, connaître la mission de la Maison et accepter de venir y terminer ses jours.
- La demande d'admission doit être complétée avec les documents suivants :
  - les derniers rapports de laboratoire et de radiologie ;
  - les rapports de pathologie, les 2 dernières notes d'oncologie ou autre spécialité pertinente ;
  - la feuille sommaire de la dernière hospitalisation ;
  - le profil pharmacologique (de l'hôpital ou de la pharmacie) ;
- Il est important d'aviser le patient et ses proches qu'il est interdit de fumer ou de vapoter dans la maison de soins palliatifs. Seul le patient accompagné d'un proche peut aller fumer à l'endroit désigné à cet effet (le personnel ou les bénévoles ne sont pas autorisés à accompagner celui-ci).
- La politique concernant la consommation du cannabis est la même que pour la cigarette. Le patient doit s'approvisionner par ses propres moyens.
- Il est important d'informer le patient des points suivants :
  - il n'y a aucun frais d'hébergement à la Maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord ;
  - comme au domicile, le coût des médicaments, sauf exception, est couvert par les assurances personnelles ou par le Régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ;
  - le transfert de dossier à notre pharmacie exige une carte de crédit afin d'appliquer la portion non-remboursés des médicaments par la RAMQ sur cette carte ;
  - toute fourniture médicale spécialisée doit être fournie par le patient, exemple :
    - ✓ le nécessaire à colostomie et à iléostomie
    - ✓ les culottes d'incontinence et les lingettes
    - ✓ les suppléments alimentaires (type *Ensure*)
- Les familles peuvent accompagner le patient 24/24 heures, si elles le désirent. Pour leur confort, un divan-lit est disponible dans chaque chambre. Cette présence est souhaitée autant par les intervenants que par la personne en fin de vie.
- Nous vous encourageons à consulter le site Pallia-Vie.ca – section Maison – section renseignements utiles en guise de complément aux informations inscrites précédemment. Visitez également la section admission.

(voir verso)

**Ya-il une demande d'AMM en cours ou toujours active :**

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Voir les conditions d'admission et le document pré-admission sur [Pallia-Vie.ca/Maison/Admission](http://Pallia-Vie.ca/Maison/Admission)

Nom : \_\_\_\_\_ N.A.M. \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Personne contact : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Diagnostic principal:** \_\_\_\_\_ **Date du diagnostic** \_\_\_\_\_

**Métastases:** oui  Localisation : \_\_\_\_\_

**Conditions associées :** \_\_\_\_\_

**Problématique psychosociale ;** \_\_\_\_\_

**Informations exigées :**

Bilan sanguin (<1 mois) : Hémogramme, RIN, fonction hépatique et rénale, albumine, calcium, CRP

Imagerie médicale : Tomographie axiale, résonnance magnétique, scintigraphie

Rapport histo-pathologique

Notes de suivi médical et profil de médicaments à jour

Allergies \_\_\_\_\_ **Niveau de soins** \_\_\_\_\_

**Pronostic :**  >3 mois  1-3 mois  < 1 mois

**Signature du médecin:** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Ce patient :

1. Désire mourir à la Pallia-Vie et est au courant de son pronostic :

2. Est connu du CLSC : oui  par : \_\_\_\_\_

3. A un médecin de famille :

oui  Nom: \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

4. Est porteur d'un SARM  ERV  ou \_\_\_\_\_

5. Est fumeur : oui  non

Particularités : \_\_\_\_\_

Demande faite par : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**\* Prenez note que les dossiers incomplets ne seront pas évalués.**

Nom du patient (ou son représentant) :

\_\_\_\_\_  
**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_