



## Information importante à transmettre au patient et à ses proches avant de signer la demande d'admission à Pallia-Vie

Pallia-Vie offre ses services sans frais aux personnes de tout âge ayant un besoin en soins palliatifs. Pour être admissibles, ces personnes doivent respecter les critères d'admissibilité suivants :

- ✘ habiter la région des Laurentides et ne pas résider en CHSLD;
- ✘ 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 Pallia-Vie;
- ✘ accepter de venir terminer ses jours à la Maison de soins palliatifs;
- ✘ un patient ayant une demande d'AMM active ne sera ni priorisé, ni pénalisé par rapport à un autre patient.;
- ✘ la personne désire avoir un niveau d'intervention thérapeutique de « niveau D », c'est-à-dire, que toutes les interventions de soins visent à assurer le confort du patient sans viser à prolonger la vie.

### Renseignements importants

- ✘ 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 Pallia-Vie;
  - 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-remboursée des médicaments par la RAMQ ou par l'assurance privée 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.
- ✘ Au courant du séjour, si la maladie semble se stabiliser ou que l'état de santé du patient s'améliore, il est possible que des démarches soient faites afin de réévaluer le pronostic, le tout en collaboration avec le patient et ses proches. Cette démarche peut mener à une relocalisation en hébergement ou retour à domicile du patient.
- ✘ Nous vous encourageons à consulter le site de Pallia-Vie, section Maison /section/renseignements utiles, en guise de complément aux informations inscrites précédemment. Visitez également la section admission.

J'atteste avoir informé le patient et ses proches des modalités concernant la demande d'admission à la Maison de soins palliatifs de Pallia-Vie.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant / médecin

\_\_\_\_\_  
Date

**Seule la version électronique du document disponible sur [www.pallia-vie.ca/maison/admission](http://www.pallia-vie.ca/maison/admission) doit être utilisée et prévaut.**

\* Voir les conditions d'admission et le document « Renseignements utiles avant l'admission » sur [www.pallia-vie.ca/maison/admission](http://www.pallia-vie.ca/maison/admission)\*



Nom : \_\_\_\_\_

N.A.M. \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_ ans

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, résonance 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

PPS obligatoire \_\_\_\_\_

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

**Ce patient :**

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

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

A un médecin de famille : oui  Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

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 : \_\_\_\_\_

Renseignements : 450 431-0488 | Télécopieur : 450 432-7427

**Seule la version électronique du document disponible sur [www.pallia-vie.ca/maison/admission](http://www.pallia-vie.ca/maison/admission) doit être utilisée et prévaut.**