



**DEMANDE DE SERVICE EN SOINS
PALLIATIFS**

Services demandés :

Nom : _____
 RAMQ : _____ EXP : _____
 Date de naissance : _____ Âge : _____
 Adresse (ville/code postal) : _____
 Téléphone : _____

1. <input type="checkbox"/> Maison de soins palliatifs 2. <input type="checkbox"/> Centre de jour 3. <input type="checkbox"/> Services d'accompagnement 4. <input type="checkbox"/> Clinique ambulatoire	Motif de la demande
---	---------------------

Documents requis :

Pour la Maison de soins palliatifs	Pour le Centre de jour	Pour les Services d'accompagnement
<input type="checkbox"/> Niveau de soins D <input type="checkbox"/> Notes d'évolution médicales/notes infirmières <input type="checkbox"/> Notes psychosociales <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique à jour <input type="checkbox"/> Feuille sommaire incluant diagnostic <input type="checkbox"/> Consultations pertinentes <input type="checkbox"/> Autres notes pertinentes	<input type="checkbox"/> Résumé de dossier <input type="checkbox"/> Feuille sommaire incluant le diagnostic & NIM <input type="checkbox"/> Pour la Clinique Ambulatoire <input type="checkbox"/> Motif de la demande <input type="checkbox"/> Résumé de dossier	<input checked="" type="checkbox"/> Motif de la demande <input type="checkbox"/> Résumé sommaire <input type="checkbox"/> Résumé historique médical et état général <input type="checkbox"/> Aperçu du milieu de vie, des conditions sociales et du réseau familial

1. Provenance de la demande

CLSC Hôpital GMF Autre :

Nom de l'intervenant à contacter : _____ Titre : _____

Tél. : _____ # Poste : _____ Télécopieur : _____

Connu du CLSC par _____ Connu des services de Pallia-vie

2. Personne ressource/ proche aidant·e principal·e

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone résidence : _____ Cell. : _____

3. Informations médicales

Diagnostic : _____ Date du diagnostic : _____

Métastases : _____

Conditions associées : _____

Enjeu psychosocial : _____

Niveau de soin : _____ PPS : _____

Pronostic : < 2 sem. < 1 mois < 2 mois < 3 mois 3-6 mois 6-12 mois 12-24 mois + 24 mois Date : _____

Le patient a-t-il connaissance de son diagnostic : Oui Non Est-il au courant de son pronostic : Oui Non

Est-il fumeur : Oui Non

Pour les demandes à la Maison de soins palliatifs seulement : Je confirme avoir expliqué le niveau de soins au patient nommé ci-haut et me porte garant que cette démarche a été faite avec diligence. Je comprends que si le niveau de soins semble incompris ou mal interprété par le patient à son arrivée à la MSP, l'équipe soignante se réserve le droit de retourner le patient à son milieu d'appartenance.

Signature du médecin : _____

Demande faite par : _____ Numéro de téléphone : _____

J'atteste avoir informé le patient et ses proches des modalités concernant la présente demande.

J'atteste avoir lu et expliqué les renseignements se trouvant à la page précédente de ce formulaire au patient avant de faire acheminer ce formulaire à Pallia-Vie.

Signature de l'intervenant : _____ Date : _____

Informations importantes à transmettre aux patient·e·s et à leurs proches avant de signer et transmettre la demande de services

Pour la maison de soins palliatifs de Pallia-Vie

Pour être admissibles, ces personnes doivent respecter les critères d'admissibilité suivants :

- Habiter la région des Laurentides.
- Ne pas résider dans un CHSLD.
- Avoir un pronostic de vie de moins de trois mois.
- Ne plus recevoir de traitement curatif.
- Avoir un niveau d'intervention thérapeutique de « niveau D », c'est-à-dire, que toutes les interventions de soins visent à assurer le confort des patient·e·s sans viser à prolonger la vie.
- Être au courant de l'état avancé de sa maladie.
- Connaître la mission de la Maison de soins palliatifs de Pallia-Vie.
- Accepter de venir terminer ses jours à la Maison de soins palliatifs de Pallia-Vie.
- Avoir pris connaissance des renseignements utiles avant l'admission.
- 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. Un·e patient·e ayant une demande d'aide médicale à mourir (AMM) active ne sera ni priorisé, ni pénalisé par rapport à un·e autre patient·e.

Renseignements importants

- Il est important que les patient·e·s et leurs proches comprennent qu'il est interdit de fumer ou de vapoter dans la maison de soins palliatifs. Seul les patient·e·s accompagné·e·s d'un·e proche peuvent aller fumer à l'endroit désigné à cet effet (le personnel ou les bénévoles ne sont pas autorisé·e·s à accompagner les fumeur·euse·s à l'extérieur).
- Il n'y a aucun frais d'hébergement pour un séjour à la Maison de soins palliatifs Pallia-Vie.
 - Comme à domicile, le coût des médicaments est généralement couvert par les assurances personnelles ou par le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ), sauf exception. Il est donc important de noter que les patient·e·s devront assumer ces frais.
 - Le transfert de dossier à notre pharmacie exige une carte de crédit afin de couvrir les coûts de la portion non-remboursée des médicaments par la RAMQ ou par l'assurance privée sur cette carte.
 - Toute fourniture médicale spécialisée doit être assumée par les patient·e·s, par exemple :
 - Le nécessaire à colostomie et à iléostomie.
 - Les culottes d'incontinence et les lingettes.
 - Les suppléments alimentaires (type Ensure).
- Au courant du séjour, si un·e médecin de la Maison de soins palliatifs de Pallia-Vie estime que l'évolution clinique du ou de la patient·e démontre que le pronostic est différent de celui de l'admission, il·elle peut, à sa discrétion, demander des investigations supplémentaires afin de préciser ce dernier, le tout en collaboration avec le·la patient·e et ses proches. Cette démarche pourrait mener à une relocalisation en hébergement ou un retour à domicile du ou de la patient·e.

Pour les Services d'accompagnement

Pour la clientèle atteinte et proche aidante, quel que soit le stade de la maladie :

- La personne doit avoir reçu un diagnostic de cancer, peu importe le stade de la maladie ou de la maladie dégénérative dont l'issue est terminale.
- Résider dans l'une des MRC suivantes : Argenteuil, Mirabel, Pays-d'en-Haut, Rivière-du-Nord, Thérèse-de Blainville.

Pour les personnes endeuillées :

- Toute personne vivant un deuil (enfant, adolescent ou adulte) à la suite du décès d'un proche.
- Résider dans l'une des MRC suivantes : Argenteuil, Mirabel, Pays-d'en-Haut, Rivière-du-Nord, Thérèse-de Blainville.

Pour le Centre de jour

Pour être admissibles, ces personnes doivent respecter les critères d'admissibilité suivants :

- Être atteint de cancer ou maladie dégénérative évolutive dont l'issue est terminale, limitant l'espérance de vie.
- Avoir un pronostic de vie de 2 ans et moins
- Être âgé de 18 ans ou plus
- Résider sur le territoire des Laurentides
- Être ambulant et capable de se déplacer
- Être couvert par la RAMQ (carte valide)
- Être au courant de sa condition et s'engager à fréquenter le centre de jour

Pour la Clinique ambulatoire

Pour être admissibles, ces personnes doivent respecter les critères d'admissibilité suivants :

- Être atteint d'une maladie avancée évolutive et à issue terminale (cancer ou maladie chronique);
- Avoir un pronostic vital plausible de moins de deux ans;
- Habiter les Laurentides;
- Être en mesure de venir en personne à la clinique