

# FORMULAIRE UNIQUE DE DEMANDE DE SERVICE

Services demandés :

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

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

## Documents requis :

| Maison de soins palliatifs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Centre de jour                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niveau de soins D<br><input type="checkbox"/> Notes d'évolution médicales/notes infirmières<br><input type="checkbox"/> Notes psychosociales<br><input type="checkbox"/> Profil pharmacologique à jour<br><input type="checkbox"/> Feuille sommaire incluant diagnostic<br><input type="checkbox"/> Consultations pertinentes<br><input type="checkbox"/> Autres notes pertinentes<br><input type="checkbox"/> Résultats des derniers laboratoires et imageries | <input type="checkbox"/> Résumé de dossier<br><input type="checkbox"/> Feuille sommaire incluant le diagnostic & NIM<br><br><b>Clinique Ambulatoire</b><br><input type="checkbox"/> Résumé de dossier<br><br><b>Services d'accompagnement</b><br><input type="checkbox"/> Annexe A (page 4) |

1. Provenance de la demande ☐ CLSC ☐ Hôpital ☐ GMF ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'intervenant-e 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 / la patiente a connaissance de son diagnostic : ☐ Oui ☐ Non Est au courant de son pronostic : ☐ Oui ☐ Non  
 Non Est fumeur : ☐ Oui ☐ Non

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

Signature du médecin : \_\_\_\_\_  
 Demande faite par : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
☐ J'atteste avoir informé le patient / la patiente et ses proches des modalités concernant la présente demande.  
☐ J'atteste avoir lu et expliqué les renseignements se trouvant à la page suivante de ce formulaire au patient / à la patiente avant de faire acheminer ce formulaire à Pallia-Vie.

Signature de l'intervenant-e : \_\_\_\_\_ 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.

Adhésion requise : Pour bénéficier des services offerts sans frais, nous demandons une adhésion comme membre de Pallia-Vie (au coût de 10 \$). C'est une étape simple qui permet d'ouvrir votre dossier et de vous accompagner.

Faire parvenir le formulaire de demande d'admission dûment rempli aux Services d'accompagnement de Pallia-Vie.

### 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.



## **ANNEXE A**

### **SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT**

Résumé – Sommaire

Résumé historique médical :

État général (physique, psychologique) :

Milieu de vie, condition sociale, réseau familial :

Interventions MEP :