

Renvoi vers des soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

Remplir les données du patient

Date de demande :		Date d'admission :		NRF :	
Renseignements personnels					
Nom			Prénom		
Date de naissance			Âge		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse			N° d'unité	Ville	Prov. Code postal
Téléphone (domicile)			Emplacement actuel (domicile, hôpital, SLD, urgences)		
Médecin de famille/fournisseur de soins primaires			Tél.		Télec.
Médecin traitant			Tél.		Télec.
Infirmière praticienne			Tél.		Télec.
Renseignements sur l'assurance-santé					
Le patient est-il couvert par le RASO? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Nom de famille figurant sur la carte Santé :		Numéro de carte Santé Code de version	
Chambre préférée : <input type="checkbox"/> Chambre à 3 ou 4 lits <input type="checkbox"/> Chambre à 2 lits <input type="checkbox"/> Chambre à 1 lit				Document d'assurance ci-joint : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Renseignements sur la principale personne-ressource					
Nom		Lien avec le patient		Mandataire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Procuration relative aux soins de la personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)		Procuration relative aux biens? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)			
Adresse		Ville		Prov. Code postal	
Téléphone (domicile) Téléphone (cell.)		Téléphone (travail)			Poste
Renseignements sur la deuxième personne-ressource					
Nom		Lien avec le patient		Mandataire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Procuration relative aux soins de la personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)		Procuration relative aux biens? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)			
Adresse		Ville		Prov. Code postal	
Téléphone (domicile) Téléphone (cell.)		Téléphone (travail)			Poste
Le patient ou le mandataire (si le patient est mentalement incapable) demande la réanimation ou d'autres interventions essentielles au maintien de la vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Important : La réanimation n'est pas un choix de traitement dans le cas des soins de fin de vie.)					
Isolement actuellement nécessaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Présence dépistée : <input type="checkbox"/> de SARM <input type="checkbox"/> d'ERV <input type="checkbox"/> de C. diff. <input type="checkbox"/> Autre (La présence de C. diff. est un critère d'exclusion pour tous les centres de soins palliatifs.)		
Investigations médicales en cours :					

ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU RLISS PAR TÉLÉCOPIEUR AU 519 742-0635.
(Nom du patient/étiquette)

Renvoi vers des soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

Emplacement d'admission demandé :	Indiquez le choix d'emplacement du patient. S'il y a plus d'un choix, indiquez l'ordre de préférence de 1 à 6. (1 = premier choix, 2 = deuxième choix, 3 = troisième choix, 4 = quatrième choix, 5 = cinquième choix, 6 = sixième choix)	
	Lisaard House - Cambridge <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e Innisfree House - Kitchener <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e WRHN @Chicopee -Kitchener <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e	Hospice Wellington - Guelph <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e SJHCG - Guelph <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e GMH - Fergus <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e <input type="checkbox"/> 5 ^e <input type="checkbox"/> 6 ^e

Champ obligatoire – ordre de priorité – cochez un des choix suivants : **Priorité 1 – situation de crise**
 Priorité 2 – pas une situation de crise **Priorité 3 – plan de rechange (soins palliatifs ou de fin de vie seulement)**

Source du renvoi

Hôpital – unité de soins aux patients hospitalisés Hôpital – service des urgences Communauté

Établissement/organisme communautaire : _____ Emplacement/unité : _____

Personne-ressource concernant le renvoi :

Tél. : _____ poste : _____ Téléavertisseur : _____ Téléc. : _____

Personne-ressource concernant les offres de lit :

Tél. : _____ poste : _____ Téléavertisseur : _____ Téléc. : _____

Diagnostic principal de soins palliatifs :		Date du diagnostic :
---	--	----------------------

Propagation métastatique (si l'atteinte est maligne)

Maladies concomitantes pertinentes

Raison du renvoi

Gestion de la douleur et des symptômes : Service de durée limitée pour gérer les symptômes non contrôlés chez une personne atteinte d'une maladie qui menace la vie. Une fois les symptômes stabilisés, on évalue l'état du patient en vue du congé. Échelle ESAS : (joindre les résultats, s'il y a lieu)

Quels sont les symptômes à gérer?

Soins palliatifs et de fin de vie : Gamme de soins palliatifs nécessaires pour répondre aux besoins du patient en fin de vie.

Les besoins en matière de soins de fin de vie dépassent les capacités quant aux soins à domicile.

Les soignants et les soutiens informels sont incapables de prendre en charge les soins à domicile.

La personne malade ne veut pas mourir chez elle.

Autre (préciser) : _____

Plan de rechange (centres de soins palliatifs seulement)

Pronostic

Dernier score à l'échelle PPS : _____ Date de la dernière évaluation : _____

Scores à l'échelle PPS au cours du dernier mois (le cas échéant) _____

Au cours des derniers/des dernières/ du dernier/de la dernière _____, l'absorption par voie orale a augmenté a diminué n'a pas changé

Pronostic : < 1 mois < 3 mois < 6 mois
selon le professionnel en soins palliatifs : _____

La personne malade est au courant : du diagnostic du pronostic Ne veut pas savoir

La famille est au courant : du diagnostic du pronostic Ne veut pas savoir

Si la famille n'est pas au courant, la personne malade a consenti à ce qu'on informe la famille :
du diagnostic Oui Non du pronostic Oui Non

(Nom du patient/étiquette)

Renvoi vers des soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

Questions touchant les soins (cocher toutes celles qui s'appliquent)	<input type="checkbox"/> Soins de fin de vie/gestion de la mort <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur et des symptômes <input type="checkbox"/> Gestion de la maladie <input type="checkbox"/> Soins spirituels <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Soins psychologiques <input type="checkbox"/> Perte et deuil (legs et deuil anticipé) <input type="checkbox"/> On a encouragé le patient et le mandataire spécial à parler de la planification préalable des soins. <input type="checkbox"/> On a passé en revue le rôle du mandataire spécial avec le mandataire spécial du patient.	Est-ce qu'on sait si le patient veut obtenir une aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », il faudra en discuter avec les responsables de l'emplacement qui accueillera le patient.
Possibilité de mise en congé (applicable seulement dans les cas de gestion de la douleur et des symptômes)	Le patient pourrait-il retourner à l'endroit où il vivait si sa douleur et ses symptômes sont maîtrisés et que ses objectifs ont été atteints? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quels sont les obstacles qui empêchent le retour à cet endroit? Quelles sont les autres options? <input type="checkbox"/> Le patient et son mandataire spécial savent que si les symptômes se stabilisent, on procédera à la planification du congé. Fournir tous les détails :	
Considérations particulières en matière de soins (cocher toutes celles qui s'appliquent et donner des détails) *Une consultation au préalable est nécessaire pour les patients qui reçoivent de l'oxygène à des concentrations supérieures à 6 L/min afin d'assurer le transport et la livraison sécuritaires de l'oxygène au centre de soins palliatifs.	<input type="checkbox"/> Allergies :	<input type="checkbox"/> Cathéter central : <input type="checkbox"/> Intraveineuse : <input type="checkbox"/> Pompe d'analgésie :
	<input type="checkbox"/> Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Alimentation par sonde :	<input type="checkbox"/> Plaies : <input type="checkbox"/> Drains :
	<input type="checkbox"/> Hydratation <input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Dialyse fréquence et durée : _____ <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Hémodialyse Date de cessation de la dialyse : _____ Examen par l'équipe de soins rénaux requis.
	<input type="checkbox"/> Oxygène: <input type="checkbox"/> Trachéostomie :	<input type="checkbox"/> Traitement en cours pour atténuer les symptômes (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse) :
	<input type="checkbox"/> Problèmes d'ordre cognitif ou de démence	<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Défibrillateur interne Est-il désactivé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Autre équipement nécessaire?	
DOCUMENTS PERTINENTS À JOINDRE (joindre tous les documents ci-dessous si l'organisme d'accueil ne peut pas y avoir accès par voie électronique)		
<input type="checkbox"/> Rapports pertinents les plus récents sur les antécédents du patient et les consultations		
<input type="checkbox"/> Registre d'administration des médicaments ou liste des médicaments pris à domicile <input type="checkbox"/> Lettre d'entente		
<input type="checkbox"/> Notes d'évolution les plus récentes prises par les médecins, le personnel de soins infirmiers et les professionnels paramédicaux		

Lettre d'entente concernant les soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

Je soussigné accepte de participer pleinement au programme suivant et j'y consens :

Programme demandé	Établissement demandé
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> WRHN @Chicopee, à Kitchener <input type="checkbox"/> Groves Memorial Hospital, à Fergus <input type="checkbox"/> St. Joseph's Health Centre, à Guelph <input type="checkbox"/> Hospice Wellington, à Guelph <input type="checkbox"/> Lisaard House, à Cambridge <input type="checkbox"/> Innisfree House, à Kitchener

Je conviens de ce qui suit :

- J'ai discuté du programme demandé avec

(nom en lettres moulées de la source du renvoi)

- Je comprends bien en quoi consiste le programme ainsi que les attentes à mon égard en tant que patient participant à ce programme.

J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels et médicaux au responsable du programme demandé.

Signature du patient ou du mandataire spécial

Consentement obtenu verbalement

Date

Signature du témoin

Date

Nom de la personne qui a obtenu le consentement

Date

ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU RLISS PAR TÉLÉCOPIEUR AU 519 742-0635.

Qu'entend-on par « situation de crise »?

On considère qu'un patient est en « **situation de crise** » dans les cas suivants :

- La sécurité du patient ou celle de son soignant est à risque ou il existe un risque de problème de santé important ou de symptômes de fin de vie pénibles qu'on ne pourra pas gérer dans le milieu actuel.
- Le patient risque de devoir être admis à l'urgence ou en soins actifs.
- On a épuisé les ressources communautaires et la famille et les soignants sont incapables de répondre à tous les besoins du patient en matière de soins.
- Il existe un risque que les services nécessaires pour atteindre les objectifs établis dans le plan de soins de fin de vie du patient ne soient pas disponibles dans le milieu actuel.
- Le patient risque de ne pas avoir accès à l'endroit où il veut mourir (compte tenu de la trajectoire récente du score à l'échelle PPS).