

## **Critères d'admission**

Formulaires ci-joints à compléter (Demande de pré-admission et Consentement préalable à l'admission en soins palliatifs) et à acheminer par fax ou courriel :

La Maison La Cinquième Saison  
A/S Poste des soins  
FAX (819) 554-8135  
Courriel : soins@maisoncinquiemesaison.org

## **CRITÈRES D'ADMISSION**

- Le pronostic est estimé à moins de 3 mois;
- L'étiologie des symptômes présentés par la personne est établie et son état est stable;
- La personne est porteuse d'une maladie terminale prouvée et **connaît la nature de sa maladie**;
- La personne et ses proches sont informés que tous les traitements ou investigations accessibles en vue de guérir et de modifier le cours de toute maladie ne sont plus appropriés;
- La personne ou son représentant a signé le consentement;
- La demande d'admission a été remplie et signée par un médecin;
- La personne ne reçoit pas de méthadone, chimiothérapie curative, radiothérapie curative ou d'hémodialyse. Si gavage, **celui-ci est cessé avant l'admission**;
- Cas d'autopsie ou de gastrostomie **à discuter avec l'équipe soignante**.

## **DOCUMENTS IMPORTANTS À JOINDRE AVEC LA DEMANDE**

- ❑ Dernières notes du médecin traitant ou du spécialiste (oncologue, cardiologue, etc.) incluant **une note contenant le pronostic de moins de 3 mois OU résumé médical justifiant le pronostic de moins de 3 mois**;
- ❑ Rapport de pathologie si disponible;
- ❑ Derniers rapports d'imagerie médicale (radiographies, scan, résonance magnétique, scintigraphie osseuse, Tep scan, etc.);
- ❑ Derniers rapports de laboratoire pertinents;
- ❑ **Formulaire de non réanimation signé** ou **DMA en ce sens** ou **cote d'intensité thérapeutique palliative**

**\*\*\*\* Les formulaires signés originaux devront nous être acheminés \*\*\*\***



Maison La Cinquième Saison

SOINS PALLIATIFS

## Demande d'admission et de pré-admission

|  |                  |  |  |
|--|------------------|--|--|
| <b>Nom à la naissance :</b>  |                  | <b>Âge :</b>   |  |
| <b>Sexe</b><br>F    M  | <b>Adresse :</b> | <b>Poids et Taille :</b>   |  |
| <b>Diagnostic principal :</b>  |                  | <b>Date du diagnostic :</b>  |  |
| <b>Métastases :</b>  |                  | <b>Pronostic de vie</b><br>< 2 semaines<br>< 1 mois<br>< 3 mois<br>Autre : _____ |  |
| <b>Traitements reçus en lien avec ce diagnostic :</b>  |                  |  |  |
| <b>Symptômes actuels :</b> Douleurs difficiles à contrôler    Dyspnée à l'effort    ou    au repos<br>Nausées/vomissements    Sub-occlusion/occlusion    Délirium    Oedème    Ascite<br>Errance    Incapable de faire ses transferts seul    Anorexie sévère    Anorexie moyenne<br>SARM    ERV    C. DIFF.<br>Plaies (spécifier) : _____<br>Troubles de comportement (spécifier) _____ |                  |  |  |
| <b>Conditions médicales associés (actifs et inactifs) :</b><br>Trachéotomie    Colostomie    Sonde vésicale    Oxygénothérapie : _____ L/min<br>Gastrostomie    Gavage ( <b>Sevrage en cours</b> ) <b>Pace-défibrillateur (doit être désactivé au CHUS AVANT l'admission)</b><br>Autres _____ <b>Code d'intensité thérapeutique</b> _____  |                  |  |  |
| <b>Autres maladies connues pertinentes :</b>   |                  |  |  |
| <b>Allergies (spécifier réaction) :</b>  |                  |  |  |
| <b>Inscription au registre des dons de tissus (Héma-Qc)</b>  |                  | <b>Directives médicales anticipées</b>   |  |
| OUI<br>NON   |                  | OUI<br>NON   |  |
| <b>Nom et Téléphone de la personne ressource:</b>  |                  | <b>Provenance (Domicile, hôpital) Préciser :</b>                                 |  |
| <b>Travailleur social et/ou inf à domicile :</b>   |                  | <b>Pharmacie usuelle</b>   |  |
| <b>Nom du médecin requérant (si pas médecin de famille)</b>  |                  | <b>Nom du médecin de famille :</b>   |  |
| <b>Fait-il parti du Centre l'Arbre de la Vie (Centre de jour en soins pall.)</b> Oui    Non  |                  |  |  |
| <b>Signature du médecin</b>  |                  | <b>Téléphone</b>   |  |

## Consentement préalable à l'admission à La Maison La Cinquième Saison

On m'a expliqué que La Maison La Cinquième Saison est une ressource pour les personnes en fin de vie. Les soins offerts sont de nature palliative dans le but de maximiser ma qualité de vie :

- Soulagement de la douleur tant physique que morale;
- L'accompagnement du résident et de ses proches dans le respect et la dignité;
- Soulagement de tout symptôme **sans toutefois** faire appel à des mesures extraordinaires tels que : déplacement à l'hôpital, réanimation cardio-respiratoire ou remise en place de la canule externe si décanulation;
- La Maison La Cinquième Saison n'offre pas l'aide médicale à mourir mais soutiendra avec diligence toute personne en faisant la demande. La Maison offre cependant la sédation palliative continue.

J'ai été informé que la Maison possède un code de vie afin d'assurer une qualité de vie aux résidents, une équité dans la distribution des services et la tranquillité dans les lieux. On y retrouve entre autre :

- Mes soins sont gratuits mais j'assume personnellement les coûts de mes médicaments, mes soins spécialisés (ex. : soins de pieds, dentisterie, optométrie etc.) certains pansements, mes produits d'incontinence et de stomie par le biais d'un régime d'assurance privé ou gouvernemental;
- Les frais relatifs à mon transport vers la Maison sont acquittés par l'établissement référant ou par mes proches selon mon lieu d'origine;
- Ma médication et produits personnels me sont apportés par mes proches dans un délai raisonnable;
- Ma médication est gérée et m'est administrée par le personnel soignant de la Maison, mon suivi médical est fait par les médecins de la Maison;
- La consommation de produits du tabac et vapoteur se fait uniquement à l'extérieur de la Maison dans une aire aménagée tant pour moi que mes visiteurs. Si toutefois j'enfreignais cette consigne, mes produits du tabac ou mon vapoteur seront gérés par le personnel de la Maison;
- Les repas et les collations me sont servis gratuitement. Mes proches doivent annoncer au personnel leur désir de manger à la Maison et défrayer pour le service de repas. Les aliments dépassant le cadre alimentaire normal sont apportés par la famille du résident;
- Des boissons alcoolisées pour agrémenter les repas sont permis **pour le résident**, avec modération, selon des ententes faites avec le médecin. Les produits alcoolisés sont fournis par les proches;
- Je ne conduirai pas de véhicule motorisé durant mon séjour (auto, moto, scooter, quadriporteur etc.);
- La visite occasionnelle de mon animal domestique (chat, chien, oiseau) est permise avec la coordination du personnel;
- Je mentionne dès l'admission mon inscription au registre de don de tissus (Héma-Qc).

Je comprends que :

- La Maison La Cinquième Saison est une OBNL et n'est pas un centre de soins de longue durée;
- La Maison se réserve le droit, en cas de non respect du code de vie lu et signé par le résident, de réorienter ce résident vers une autre ressource;
- Mon état de santé sera évalué régulièrement et si selon les médecins mon état se stabilisait, mon orientation pourrait être réévaluée.

Je, \_\_\_\_\_, ainsi que mon répondant \_\_\_\_\_ avons pris note des règles ci-haut. Nous nous engageons à les respecter dans l'intérêt de tous et à lire le guide d'accueil afin de collaborer activement à notre adaptation à la Maison La Cinquième Saison. J'accepte qu'une demande de pré-admission ou d'admission soit effectuée à la Maison La Cinquième Saison. Je comprends qu'il est possible d'annuler cette demande en tout temps par un avis verbal à un intervenant de l'équipe.

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'intervenant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature de l'utilisateur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature du répondant \_\_\_\_\_