



# Inscription au Centre l'Arbre de la Vie

de La Maison La Cinquième Saison

6900 rue des Pins, Lac-Mégantic G6B 2M1

Tél. 819.554.8129 #211 Fax 819.554.8135

Courriel : [centredejour@maison5s.org](mailto:centredejour@maison5s.org)

Nom :		Prénom :	
Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	NAM :		D.D.N.
Adresse :			
Tél :		Courriel :	
État civil : en couple <input type="radio"/> marié(e) <input type="radio"/> séparé(e) <input type="radio"/> divorcé(e) <input type="radio"/> veuf(ve) <input type="radio"/> célibataire			
Nom du conjoint :		Tél :	
<b>Diagnostic principal :</b>		<b>Diagnostic de soins palliatif avec évolution de la maladie</b> <input type="radio"/>	
<b>Métastases :</b>			
<b>Traitements :</b>	Chimio <input type="radio"/> PO <input type="radio"/> IV	Radio	Autres :
<b>Allergies :</b>			
<b>Autre :</b> Diabète <input type="radio"/> MxPO <input type="radio"/> insuline <input type="radio"/> Épilepsie <input type="radio"/> <b>Douleur :</b> <input type="radio"/> Contrôlée <input type="radio"/> Difficile à contrôler			
Problèmes et symptômes :			
Autorisation à la massothérapie Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			
Contre-indications à la massothérapie :			
Ordonnance de non-réanimation (si discuté)		<b>(joindre copie datée et signée du document)</b>	
<b>Intervenants</b>	<b>Médecin de famille :</b>		
Médecin spécialiste :			
Inf. à domicile :		Inf. pivot :	
TS :		Autres :	
<b>Signature du médecin :</b>			Date :



Nom de l'invité :

Début de fréquentation du Centre :

**CES SECTIONS SONT À L'USAGE DU CENTRE- NE PAS REMPLIR**

**Soins infirmiers** : collaboration avec services médicaux et CLSC en place

Évaluation des symptômes  Recommandations infirmières

Enseignement sur la médication  Observations

Réf : notes infirmières au dossier

**Accompagnement** : coll. avec services psycho-sociaux, médicaux et infirmiers en place

Groupe de parole  Couple

Individuel  Référence

Réf : notes de suivi d'accompagnement au dossier

**Activités de l'invité**

Massothérapie  Expression artistique

Bain thérapeutique  Accompagnement musical

Conférences  Accompagnement individuel

**Activités du proche aidant**

Massothérapie (lorsque dispo)  Conférences

Expression artistique  Accompagnement individuel

Fin de fréquentation :

Raison :

**Informations du proche aidant participant**

Nom :  Lien avec l'invité :

Problèmes de santé connus :

Limitations :

Allergies :

Besoins nommés :

Transport :  Début de fréquentation du Centre :

Particularités :