

Critères d'admission pour l'aide médicale à mourir en externe
À La Maison Cinquième Saison



- Le patient qui répond aux conditions pour recevoir l'AMM a été évalué par 2 médecins différents avant son arrivé
- Les voies veineuses ont été installées la veille par le SAD à la demande du médecin.
- La coordonnatrice des soins de la Maison Cinquième Saison est avisée **au moins** 48h avant l'heure du soin pour prévoir le personnel nécessaire et le formulaire d'admission doit lui être acheminé
- Le médecin avisera la coordonnatrice des soins si un rituel particulier nécessitant de la préparation est demandé
- Le médecin s'assurera de nommer à la coordonnatrice si le patient et/ou famille ont besoin de soutien particulier ou toute autre spécificité.
- Le patient arrive **minimum** 1 heure avant le soin, afin que l'infirmière puisse créer un lien de confiance et valider la perméabilité des voies veineuse
- Le médecin avise Andrée-Anne Bouffard pour assurer le lien avec la pharmacie de l'hôpital
- Le médecin se procure les trousse la journée de l'AMM avec la FADM de l'hôpital
- Le médecin complète le SP3 sur place, participe au débriefing avant et après le soin, initialise et signe la FADM

X	Documents <u>OBLIGATOIRES</u> à joindre avec la demande ou au dossier après l'AMM
	Formulaire d'admission à la Maison Cinquième Saison pour AMM complet plaqué avec carte d'hôpital si possible
	Première évaluation avec une note médicale complémentaire expliquant l'histoire de cas du patient
	Le formulaire de la deuxième évaluation
	Le consentement et le consentement en cas d'inaptitude si pertinent
	Suite à l'AMM, le médecin s'assure d'acheminer à la Maison Cinquième Saison par Andrée-Anne les formulaires de déclaration SAPHIR afin de les joindre au dossier
	Suite à l'AMM l'infirmière fera une copie de la FADM préalablement signée par le médecin qui administrera l'AMM pour la joindre au dossier

Formulaires ci-joints à compléter et à acheminer par fax :

La Maison La Cinquième Saison A/S Poste des soins FAX (819) 554-8135
Numéro de la coordonnatrice des soins Jessy Bellefleur (819)-554-8129 poste 4

Formulaire de demande

AMM

Date et heure prévue _____

Le patient aimerait visiter la chambre à l'avance oui non

Plaquer avec carte d'hôpital si possible

Prénom et nom	Sexe	État Civil
Lieu de naissance	RAMQ	Âge
Adresse (rue, ville, province, code postal)		Téléphone
Prénom et nom de la mère	Prénom et nom du père	
Prénom et nom du conjoint(e)	Âge du conjoint(e)	Date de la demande
Pronostic de vie < 2 sem < 1 mois < 3 mois MNRP <input type="checkbox"/>	Complexe funéraire choisi :	Niveau soins D discuté avec patient et proches <input type="checkbox"/>
Diagnostic principal		
Métastases et autres maladies connues pertinentes		
Symptômes actuels et médication prn pertinents		
Patient positif à : * aucun dépistage n'est demandé avant l'admission SARM <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> C. DIFF. <input type="checkbox"/> COVID19 <input type="checkbox"/>		
Particularités à savoir afin de bien préparer la chambre		
Rituels particuliers demandés		
Besoins psychosociaux du patient ou des proches	Coordonnées du proche : _____ _____ _____	
Prénom et nom du médecin de la 1 ^{ère} évaluation		
Prénom et nom du médecin de la 2 ^{ème} évaluation		
Courriel @ssss du médecin <u>si ne fait pas parti du CMDP du Granit.</u> :		

Bien vouloir remplir **toutes les cases** afin que le rédacteur clinique puisse débiter le SP3