



Consentement de répit pour une personne en phase palliative

Je _____, ainsi que mon répondant _____,

avons pris note des conditions et critères ci-joints. J'accepte qu'une demande de répit pour une personne en phase palliative soit effectuée à la Maison Cinquième Saison.

Mon répondant et moi nous engageons à respecter les délais déterminés de 14 jours ou moins pour mon hébergement et à travailler en étroite collaboration avec tous les intervenants pour assurer mon retour sécuritaire dans les délais prévus. Je comprends que si les critères ne sont pas respectés, la Maison Cinquième Saison se réserve le droit de me réorienter vers une autre ressource.

J'accepte que mon nom et mes coordonnées soient conservés dans la base de données sécurisées de la Maison La Cinquième Saison et de la Fondation Maison La Cinquième Saison pour que l'on puisse communiquer avec moi dans le futur (ex. Invitation à des ateliers de deuil, à des activités de la Fondation etc). Je peux retirer mes informations en tout temps en communiquant avec la responsable des renseignements personnels : dq@maison5s.org
819-554-8129 poste 209

Politique de confidentialité accessible via ce Code QR



Date _____ Signature de l'utilisateur _____

Date _____ Signature du répondant _____

Date _____ Signature de l'intervenant _____

Signé à : _____

Critères d'admission pour un répit social



- La personne est en phase palliative d'une maladie prouvée et **connaît la nature de sa maladie**;
- Être stable médicalement et sans besoin de suivi médical fréquent;
- Aucun** comportement perturbateur (violence, cris, chutes répétitives, surveillance constante, errance, etc.);
- Ne pas avoir besoin de réadaptation à moins qu'il ne soit pallié;
- La personne ou son représentant a signé le consentement;
- La demande a été remplie et signée par le médecin de famille; Le patient doit avoir vu son médecin dans les dernières semaines avant son répit et avoir un profil pharmaceutique à jour
- La personne ne reçoit pas de chimiothérapie curative, radiothérapie curative ou d'hémodialyse. Si gavage, le sevrage de celui-ci est débuté **avant l'admission**;
- La personne et son proche sont avisés que la durée du répit est d'un **maximum** de 14 jours;
- Le répit permet la mise en place ou l'ajustement des services à domicile en collaboration avec les intervenants du CIUSSS de l'Estrie- CHUS;
- Le médecin de famille continue d'avoir le résident en répit sous ses soins durant la durée du séjour à la Cinquième Saison**;
- Le répit peut être accepté ou non par notre médecin de garde**

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

La Maison La Cinquième Saison A/S Poste des soins FAX (819) 554-8135

Coordonnatrice des soins tel : (819-) 554-8129 poste # 4

X	Documents <u>OBLIGATOIRES</u> à joindre avec la demande
	Dernières notes du médecin traitant ou du spécialiste (oncologue, cardiologue, etc.)
	Résumer médical complet
	Le score PPSV2
	Le niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire (AH-744)
	Derniers rapports d'imagerie médicale (radiographies, scan, résonance magnétique, scintigraphie osseuse, Tep scan, etc.); si pertinent
	Résultat négatif COVID-19 : test fait dans les 48h avant l'admission si symptômes ou éclosion

Formulaire de demande

Répit social

Prénom et nom : _____				
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Autre : _____		RAMQ : _____		
<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte <input type="checkbox"/> Curatelle	Âge : _____	Poids : _____	Précisez si prise ou perte, combien et depuis quand	Perte : _____
				Prise : _____
Diagnostic principal : _____			Date du diagnostic : _____	
Métastases : _____			Pronostic de vie < 2 sem < 1 mois < 3 mois Autre : _____	
Traitements reçus en lien avec ce diagnostic : _____			Performance PPSV2 (voir annexe) _____ %	
Niveau de soins réanimation cardiorespiratoire (discuté avec patient et/ou proches)				
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>				
Symptômes actuels				
Douleurs difficiles à contrôler		Anorexie		Délirium
Dyspnée effort	Dyspnée repos	Sub-occlusion/occlusion		Mobilité réduite/risques de chutes
Nausées	Vomissements	Ascite		Errance
SARM <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> C. DIFF. <input type="checkbox"/> COVID19 <input type="checkbox"/>				
Plaies (spécifier) _____				
Troubles de comportement (spécifier) _____				
Autres maladies connues pertinentes : _____				
Allergies (spécifier réaction) : _____				
Suivi psycho-social : en cours <input type="checkbox"/> en attente <input type="checkbox"/> patient refuse <input type="checkbox"/>				
Nom du médecin requérant			Nom du médecin de famille	
Signature du médecin			Téléphone	