



**Consentement pour un séjour d'évaluation ou d'ajustement de médication**

Je \_\_\_\_\_, ainsi que mon répondant \_\_\_\_\_,

avons pris note des conditions et critères ci-joints. J'accepte qu'une demande de séjour d'évaluation 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 30 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](mailto: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 séjour d'évaluation ou d'ajustement de médication à la personne en phase palliative**



- Le pronostic est incertain et difficile d'évaluer à domicile
- La maladie est avancée, l'état nécessite plus d'observation en milieu contrôlé pour mieux évaluer la phase de la maladie
- La personne à besoin de faire ajuster sa médication et demande une surveillance médicale rapprochée
- La personne est porteuse d'une maladie terminale prouvée et **connait la nature de sa maladie;**
- 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 ou son représentant a signé le consentement;
- La demande a été remplie et signée par un médecin; notre médecin de garde acceptera ou non l'admission

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

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

<b>X</b>	<b>Documents <u>OBLIGATOIRES</u> à joindre avec la demande</b>
	Dernières notes du médecin traitant ou du spécialiste (oncologue, cardiologue, etc.)
	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.);
	Résultat négatif COVID-19 : test fait dans les 48h avant l'admission si symptômes ou éclosion



## Formulaire de demande

Séjour d'évaluation / ajustement 30 jours

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

M.

Mme

Autre : \_\_\_\_\_

RAMQ : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Apte	Âge :	Poids :	Précisez si prise ou perte, combien et depuis quand	Perte :
<input type="checkbox"/> Inapte				Prise :
<input type="checkbox"/> Curatelle				

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  B  C  D

### Symptômes actuels

Douleurs difficiles à contrôler		Anorexie		Délirium	
Dyspnée à l'effort	Dyspnée au repos	Sub-occlusion ou occlusion		Mobilité réduite/risques de chutes	
Nausées	Vomissements	Ascite		Errance	

SARM  ERV  C. DIFF.  COVID19

Plaies (spécifier)

\_\_\_\_\_

Troubles de comportement (spécifier)

\_\_\_\_\_

Autres maladies connues pertinentes :

Allergies (spécifier réaction) :

Suivi psycho-social : en cours  en attente  patient refuse

Nom du médecin requérant	Nom du médecin de famille
--------------------------	---------------------------

Signature du médecin	Téléphone
----------------------	-----------