

## Renvoi vers des soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

Date de demande :		Date d'admission :		NRF :	
<b>Renseignements personnels</b>					
Nom		Prénom			
Date de naissance		Âge		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse		N° d'unité	Ville	Prov.	Code postal
Téléphone (domicile)		Emplacement actuel (domicile, hôpital, SLD, urgences)			
Médecin de famille/fournisseur de soins primaires			Tél.	Télec.	
Médecin traitant			Tél.	Télec.	
Infirmière praticienne			Tél.	Télec.	
<b>Renseignements sur l'assurance-santé</b>					
Le patient est-il couvert par le RASO? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Nom de famille figurant sur la carte Santé :		Numéro de carte Santé	Code de version
Chambre préférée : <input type="checkbox"/> Chambre à 3 ou 4 lits <input type="checkbox"/> Chambre à 2 lits <input type="checkbox"/> Chambre à 1 lit				Document d'assurance ci-joint : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<b>Renseignements sur la principale personne-ressource</b>					
Nom		Lien avec le patient		Mandataire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Procuration relative aux soins de la personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)		Procuration relative aux biens? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)			
Adresse		Ville		Prov.	Code postal
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)			Poste
Téléphone (cell.)					
<b>Renseignements sur la deuxième personne-ressource</b>					
Nom		Lien avec le patient		Mandataire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Procuration relative aux soins de la personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)		Procuration relative aux biens? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le document)			
Adresse		Ville		Prov.	Code postal
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)			Poste
Téléphone (cell.)					
Le patient ou le mandataire (si le patient est mentalement incapable) demande la réanimation ou d'autres interventions essentielles au maintien de la vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Important : La réanimation n'est pas un choix de traitement dans le cas des soins de fin de vie.)					
Isolement actuellement nécessaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>Présence dépistée :</b> <input type="checkbox"/> de SARM <input type="checkbox"/> d'ERV <input type="checkbox"/> de C. diff. <input type="checkbox"/> Autre (La présence de C. diff. est un critère d'exclusion pour tous les centres de soins palliatifs.)			
<b>Investigations médicales en cours :</b>					

**ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU RLISS PAR TÉLÉCOPIEUR AU 519 742-0635.**

**(Nom du patient/étiquette)**

## Renvoi vers des soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

<b>Admission Emplacement demandé :</b>	Indiquez le choix d'emplacement du patient. S'il y a plus d'un choix, indiquez l'ordre de préférence de 1 à 6. (1 = premier choix, 2 = deuxième choix, 3 = troisième choix, 4 = quatrième choix, 5 = cinquième choix, 6 = sixième choix)	
	Lisaard House - Cambridge <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>	Hospice Wellington - Guelph <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>
	Innisfree House - Kitchener <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>	SJHCG - Guelph <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>
	GRH (Freeport) - Kitchener <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>	GMH - Fergus <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>

**Champ obligatoire – ordre de priorité – cochez un des choix suivants :**  **Priorité 1 – situation de crise**  
 **Priorité 2 – pas une situation de crise**     **Priorité 3 – plan de rechange (soins palliatifs ou de fin de vie seulement)**

**Source du renvoi**

Hôpital – unité de soins aux patients hospitalisés     Hôpital – service des urgences     Communauté

Établissement/organisme communautaire : \_\_\_\_\_ Emplacement/unité : \_\_\_\_\_

Personne-ressource concernant le renvoi :

Tél. : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ Téléavertisseur : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

Personne-ressource concernant les offres de lit :

Tél. : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ Téléavertisseur : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

<b>Diagnostic principal de soins palliatifs :</b>		Date du diagnostic :
---------------------------------------------------	--	----------------------

**Propagation métastatique (si l'atteinte est maligne)**

**Maladies concomitantes pertinentes**

**Raison du renvoi**

**Gestion de la douleur et des symptômes** : Service de durée limitée pour gérer les symptômes non contrôlés chez une personne atteinte d'une maladie qui menace la vie. Une fois les symptômes stabilisés, on évalue l'état du patient en vue du congé. Échelle ESAS : (joindre les résultats, s'il y a lieu)  
Quels sont les symptômes à gérer?

**Soins palliatifs et de fin de vie** : Gamme de soins palliatifs nécessaires pour répondre aux besoins du patient en fin de vie.

- Les besoins en matière de soins de fin de vie dépassent les capacités quant aux soins à domicile.
- Les soignants et les soutiens informels sont incapables de prendre en charge les soins à domicile.
- La personne malade ne veut pas mourir chez elle.
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Plan de rechange** (centres de soins palliatifs seulement)

**Pronostic**

Dernier score à l'échelle PPS : \_\_\_\_\_ Date de la dernière évaluation : \_\_\_\_\_  
 Scores à l'échelle PPS au cours du dernier mois (le cas échéant) \_\_\_\_\_  
 Au cours des derniers/des dernières/ du dernier/de la dernière \_\_\_\_\_, l'absorption par voie orale  a augmenté  
 a diminué  n'a pas changé

Pronostic :  < 1 mois     < 3 mois     < 6 mois  
 selon le professionnel en soins palliatifs : \_\_\_\_\_

La personne malade est au courant :  du diagnostic     du pronostic     Ne veut pas savoir  
 La famille est au courant :  du diagnostic     du pronostic     Ne veut pas savoir

Si la famille n'est pas au courant, la personne malade a consenti à ce qu'on informe la famille :  
 du diagnostic  Oui  Non    du pronostic  Oui  Non

**(Nom du patient/étiquette)**

## Renvoi vers des soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

<p><b>Questions touchant les soins</b> (cocher toutes celles qui s'appliquent)</p>	<input type="checkbox"/> Soins de fin de vie/gestion de la mort <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur et des symptômes <input type="checkbox"/> Gestion de la maladie <input type="checkbox"/> Soins spirituels <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Soins psychologiques <input type="checkbox"/> Perte et deuil (legs et deuil anticipé) <input type="checkbox"/> On a encouragé le patient et le mandataire à parler de la planification préalable des soins. <input type="checkbox"/> On a passé en revue le rôle du mandataire spécial avec le mandataire spécial du patient.	<p>Est-ce qu'on sait si le patient veut obtenir une aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si « oui », il faudra en discuter avec les responsables de l'emplacement qui accueillera le patient.</p>	
<p><b>Possibilité de mise en congé</b> (applicable seulement dans les cas de gestion de la douleur et des symptômes)</p>	<p>Le patient pourrait-il retourner à l'endroit où il vivait si sa douleur et ses symptômes sont maîtrisés et que ses objectifs ont été atteints?          Oui <input type="checkbox"/>          Non <input type="checkbox"/> Quels sont les obstacles qui empêchent le retour à cet endroit?</p> <p>Quels sont les choix de rechange?</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient et son mandataire savent que si les symptômes se stabilisent, on procédera à la planification du congé.          Fournir tous les détails :</p>		
<p><b>Considérations particulières en matière de soins</b> (cocher toutes celles qui s'appliquent et donner des détails)</p>	<input type="checkbox"/> Allergies :	<input type="checkbox"/> Cathéter central : <input type="checkbox"/> Intraveineuse : <input type="checkbox"/> Pompe d'analgésie :	
	<input type="checkbox"/> Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Alimentation par sonde :	<input type="checkbox"/> Plaies : <input type="checkbox"/> Drains :	
	<input type="checkbox"/> Hydratation <input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Dialyse      fréquence et durée : _____ <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Hémodialyse Date de cessation de la dialyse : _____ Examen par l'équipe de soins rénaux requis. Important : La dialyse n'est pas un choix de traitement pour les soins de fin de vie.	
	<input type="checkbox"/> Oxygène: <input type="checkbox"/> Trachéostomie :	<input type="checkbox"/> Traitement en cours pour atténuer les symptômes (chimiothérapie ou radiothérapie) :	
	<input type="checkbox"/> Problèmes d'ordre cognitif	<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Défibrillateur interne Est-il désactivé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre équipement nécessaire?			
<p><b>DOCUMENTS PERTINENTS À JOINDRE</b> (joindre tous les documents ci-dessous si l'organisme d'accueil ne peut pas y avoir accès par voie électronique)</p> <input type="checkbox"/> Rapports pertinents les plus récents sur les antécédents du patient et les consultations <input type="checkbox"/> Registre d'administration des médicaments ou liste des médicaments pris à domicile <input type="checkbox"/> Lettre d'entente <input type="checkbox"/> Notes d'évolution les plus récentes prises par les médecins, le personnel de soins infirmiers et les professionnels paramédicaux			

## Lettre d'entente concernant les soins palliatifs offerts dans un centre ou en milieu hospitalier

Je soussigné accepte de participer pleinement au programme suivant et j'y consens :

Programme demandé	Établissement demandé
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Grand River Hospital - Freeport, à Kitchener <input type="checkbox"/> Groves Memorial Hospital, à Fergus <input type="checkbox"/> St. Joseph's Health Centre, à Guelph <input type="checkbox"/> Hospice Wellington, à Guelph <input type="checkbox"/> Lisaard House, à Cambridge <input type="checkbox"/> Innisfree House, à Kitchener

Je conviens de ce qui suit :

1. J'ai discuté du programme demandé avec

\_\_\_\_\_.  
(nom en lettres moulées de la source du renvoi)

2. Je comprends bien en quoi consiste le programme ainsi que les attentes à mon égard en tant que patient participant à ce programme.

J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels et médicaux au responsable du programme demandé.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou du mandataire

Consentement obtenu verbalement

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne qui a obtenu le consentement

\_\_\_\_\_  
Date

**ENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AU RLISS PAR TÉLÉCOPIEUR AU 519 742-0635.**

**Qu'entend-on par « situation de crise »?**

On considère qu'un patient est en « situation de crise » dans les cas suivants :

1. La sécurité du patient ou celle de son soignant est à risque ou il existe un risque de problème de santé important ou de symptômes de fin de vie pénibles qu'on ne pourra pas gérer dans le milieu actuel.
2. Le patient risque de devoir être admis à l'urgence ou en soins actifs.
3. On a épuisé les ressources communautaires et la famille et les soignants sont incapables de répondre à tous les besoins du patient en matière de soins.
4. Il existe un risque que les services nécessaires pour atteindre les objectifs établis dans le plan de soins de fin de vie du patient ne soient pas disponibles dans le milieu actuel.
5. Le patient risque de ne pas avoir accès à l'endroit où il veut mourir (compte tenu de la trajectoire récente du score à l'échelle PPS).