

<input type="checkbox"/> Maison Mathieu Froment Savoie 170 Rue Sherbrooke, Gatineau, QC J8Y 2L6 Tél: 819-770-3900 Téléc. : 819-770-7264 soins@mmfs.org <input type="checkbox"/> Résidence Le Monarque 41 Chem. des Presqu'îles, Plaisance, QC J0V 1S0 Tél: 819-308-0899 Téléc. : 819-308-0777 soins@residencelemonarque.com <input type="checkbox"/> La Maison des Collines 99 Chem. Burnside, Wakefield, QC J0X 3G0 Tél: 819-459-1233 Téléc. : 819-459-1568 soins@lamaisondescollines.org	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f2f1; margin-bottom: 10px;"> Demande de services en maison de soins palliatifs </div> _____ (AA/MM/JJ) <input type="checkbox"/> Admission en fin de vie <input type="checkbox"/> Demande de préadmission <input type="checkbox"/> Admission en répit (MMFS et MDC) <input type="checkbox"/> Demande court séjour planifié (AMM/MMFS)
Intervenants de soins	
Médecin traitant :	Téléphone :
Intervenant pivot/ CLSC :	Téléphone :
Autre professionnel :	Téléphone :
Renseignements sur l'utilisateur	
Nom :	Prénom :
Adresse complète :	
Code postal :	Téléphone :
Date de naissance :	Âge :
RAMQ :	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Date d'expiration RAMQ :	Célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/>
Langue maternelle : français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre :	
Personnes significatives	
Nom :	Relation avec le patient : Téléphone :
Nom :	Relation avec le patient : Téléphone :
Renseignement médicaux	
Diagnostic principal :	
ATCD médicaux :	
Métastases : cerveau <input type="checkbox"/> foie <input type="checkbox"/> os <input type="checkbox"/> poumon <input type="checkbox"/> péritonéales <input type="checkbox"/> pleurales <input type="checkbox"/> autres :	
Derniers traitements reçus : Chimiothérapie <input type="checkbox"/> _____ Radiothérapie <input type="checkbox"/> _____ Transfusion <input type="checkbox"/> _____ Autres <input type="checkbox"/> _____	
Allergies :	
PRONOSTIC ESTIMÉ : - 1 semaine <input type="checkbox"/> - 4 semaines <input type="checkbox"/> - 3 mois <input type="checkbox"/> (- 6 mois <input type="checkbox"/> MDC seulement pour répit)	
Le pt désire décéder en MSP et est au courant de son pronostic : OUI <input type="checkbox"/>	

Nom :		Prénom :	
AIDE MÉDICALE À MOURIR			
Le patient souhaite recevoir l'AMM <input type="checkbox"/>			
Démarches débutées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Admissibilité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date souhaitée : _____			
Formulaire de renonciation en cas d'inaptitude signé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pourquoi : _____			
Nom du médecin ayant complété 1 ^{ère} évaluation : _____			
Nom du médecin ayant complété 2 ^{ème} évaluation : _____			
Infirmière présente AMM : _____			
Accès veineux : IV#1 _____		IV#2 _____	
Demande installation PICC line <input type="checkbox"/> (joint à la demande) Date d'installation : _____			
Tous les formulaires joints à la demande d'admission <input type="checkbox"/>			
Problèmes et besoins prioritaires			
Fumeur <input type="checkbox"/> _____ cig/jour Alcool <input type="checkbox"/> _____ Drogue <input type="checkbox"/> _____			
Défibrillateur automatique <input type="checkbox"/>			
Autonomie fonctionnelle : Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide complète <input type="checkbox"/>			
Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> _____ L/min			
Plaies : _____			
Alimentation /particularités : _____			
Stomie <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/>			
Dernière selle : _____			
Autres : _____			
Données psychosociales			
Situation familiale : _____			
Problématiques particulières : _____			
Veillez envoyer la documentation suivante en plus du formulaire de demande de services.			
Notes médicales <input type="checkbox"/>	Notes infirmières <input type="checkbox"/>	Profil pharmaceutique / FADM <input type="checkbox"/>	
Consultations <input type="checkbox"/>	Demande initiale du SAD <input type="checkbox"/>	Sommaire/ bilan médical <input type="checkbox"/>	
Bilans sanguins <input type="checkbox"/>	Imagerie médicale <input type="checkbox"/>	Tests diagnostiques pertinents <input type="checkbox"/>	
NIM D signé et joint <input type="checkbox"/>		Consentement aux soins signés et joint <input type="checkbox"/>	
Professionnel de la santé référant			
Nom du référant : (en lettres moulées)		Date :	
Profession :		Téléphone :	Poste :
Signature :		Établissement :	
***** Prenez note que les dossiers incomplets ne seront pas évalués*****			