

DEMANDE D'ADMISSION À L'UNITÉ DES SOINS PALLIATIFS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

- Veuillez joindre ce document complété à votre DSIE
- Ce formulaire doit être rempli peu importe la provenance de l'utilisateur
- Notez qu'une priorité est accordée aux usagers provenant de leur domicile

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom de l'utilisateur : _____

Prénom de l'utilisateur : _____

Numéro d'assurance maladie (NAM) : _____

Lieu de résidence actuel : _____

Personne ressource

Nom, prénom : _____

Numéro de téléphone : _____

Lien avec l'utilisateur : _____

Demande complétée par
(nom, prénom et fonction) : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Date de la demande : _____

Personne à rejoindre
lorsqu'un lit sera disponible

Nom, Prénom : _____

Coordonnées : _____

RAISON DE LA RÉFÉRENCE :

1. DIAGNOSTICS MÉDICAUX

Si cancer, veuillez spécifier le type de pathologie, date du diagnostic, site(s) des métastases, symptômes actuels et complications si applicable

2. SITUATION PSYCHOSOCIALE

Situation familiale, type d'aide reçue du CLSC, niveau d'autonomie, problèmes de toxicomanie ou de dépendance, trouble de comportement

LA DEMANDE DE TRANSFERT EST :

- ☐ **URGENTE** (moins de 7 jours, usager à risque de décès imminent)
- ☐ **SEMI-URGENTE** (moins de 1 mois, usager se détériore rapidement)
- ☐ **NON-URGENTE** (moins de 3 mois, usager se détériore lentement)

CRITÈRES D'ACCEPTATION :

Veuillez cocher les critères qui s'appliquent à l'usager.

- ☐ Personne de 18 ans et plus et en **phase terminale** de sa maladie.
- ☐ Résident(e) du secteur de Verdun ou des environs ou ayant un proche qui y habite.
- ☐ **Fin de vie estimée à moins de 2 à 3 mois.**
- ☐ L'usager a un niveau d'autonomie **PPS de 50% et moins** (annexe P.4)
- ☐ Le **niveau de soins 4 (NIM) soins de confort** et la non-réanimation **ont été discutés et signés** avec l'usager et son répondant.
- ☐ L'usager et son répondant **comprennent le diagnostic, le pronostic et acceptent** le transfert en soins palliatifs au Centre Champlain.
- ☐ L'usager(e) et son répondant **sont informés** de la nature **strictement palliative** des traitements au Centre d'hébergement Champlain.
- ☐ L'usager(e) et son répondant **sont informés** que si la condition médicale de l'usager se stabilise ou s'améliore, une réévaluation médicale exhaustive sera faite et le cas échéant, un milieu plus adapté sera recherché. (cf. **Remplir le formulaire avec l'usager et son répondant** P.6)

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Usagers provenant d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
- Bien que ce ne soit pas un critère d'exclusion formel, la disposition physique de l'unité de soins palliatifs du Centre Champlain ne permet pas aux usagers présentant des comportements d'errance d'y séjourner car les lieux ne sont pas suffisamment sécuritaires en ce cas

PRONOSTIC SELON LE STATUT FONCTIONNEL (ÉCHELLE PPS) :

☐ L'utilisateur a un niveau d'autonomie **PPS de 50% et moins**

Veuillez encercler ce qui s'applique à l'utilisateur(e).

Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPSv2) version 2

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

*Traduction par Dr Sandra Legault, Dr Carroll Laurin, Maryse Bouvette RN
Droit d'auteur 2001 Victoria Hospice Society*

DOCUMENTS À RECEVOIR LORS D'UNE DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS AU
CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN

Veuillez cocher les documents fournis

- ☐ Consultations médicales et notes d'évolution médicale
- ☐ Feuille sommaire d'hospitalisation
- ☐ Rapports de pathologie
- ☐ Protocoles opératoire (si pertinents)
- ☐ Échelle de CAM (Confusion Assessment Method) complétée
- ☐ Consultations et notes d'évolution du psychologue ou du travailleur social si consultés

Informations requises pour assurer la continuité du traitement, selon le lieu d'origine:

- ☐ Plan de soins infirmiers à jour
- ☐ Feuille d'administration des médicaments (FADM) à jour
- ☐ Prescriptions de la médication de départ détaillées, claires et à jour
- ☐ Informer l'utilisateur et/ou famille d'apporter tous les médicaments si celui-ci provient du domicile
- ☐ Prescription d'un protocole de détresse
- ☐ Formulaire de non-réanimation cardio-respiratoire et niveau 4 d'intervention médicale (NIM) et soins de confort signé

SOINS PALLIATIFS DU CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN

Conditions d'admission

S.V.P! Aviser et remplir le formulaire des conditions d'admission avec l'utilisateur et son répondant pour chaque demande.

Lorsque le pronostic estimé est plus long qu'initialement prévu, il arrive que des usagers soient relocalisés en CHSLD ou vers le domicile avec une intensification des soins.

OU

S'il s'avère que la condition médicale se stabilise, s'améliore et/ou risque de dépasser une durée de 2 à 3 mois, il est possible que l'unité de soins palliatifs du centre Champlain ne soit pas le milieu idéal pour l'utilisateur. Une réévaluation médicale exhaustive sera faite et un milieu plus adapté sera recherché si nécessaire.

☐ Il m'a été expliqué que le mandat des soins palliatifs du Centre d'hébergement Champlain est **d'offrir des soins de confort en fin de vie**. Les traitements offerts ne visent pas la guérison de la maladie. Les services offerts sont destinés à :

- Améliorer la qualité de vie de l'utilisateur par la gestion de la douleur et des symptômes.
- Offrir des soins répondants aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels de l'utilisateur.

☐ Je comprends que :

- L'unité des soins palliatifs du Centre d'hébergement Champlain **n'est pas** une unité de soins de longue durée;
- Mon état de santé sera revu régulièrement;
- Advenant que ma maladie soit jugée stable par le médecin, **j'accepte** qu'une réévaluation médicale soit faite et qu'un milieu plus adapté soit recherché. Moi et ma famille seront impliqués et informés tout au long de ce processus.

☐ Je comprends que :

- À l'unité de soins palliatifs du Centre d'hébergement Champlain il est interdit de fumer dans la chambre et à l'unité des soins palliatifs.

☐ **En signant le présent document, je m'engage et j'accepte les conditions des soins palliatifs du Centre Champlain.**

Signature de l'utilisateur

Date

Signature de la personne mandataire ou proche-aidante

Date

Signature du professionnel de la santé

Date

PALLIATIVE CARE – CHAMPLAIN CARE CENTRE

Admission Conditions

Please! Notify and complete the admission conditions form with the user and their representative for each request.

When the estimated prognosis is longer than initially anticipated, some users may be relocated to a CHSLD or discharged home with an intensification of care.

OR

If the medical condition stabilizes, improves, and/or is likely to exceed a duration of 2 to 3 months, the CHSLD Champlain Palliative Care Unit may no longer be the most appropriate setting for the user. A comprehensive medical reassessment will be conducted, and a more suitable care setting will be sought if necessary.

☐ I have been informed that the mandate of the CHSLD Champlain Palliative Care Unit is **to provide comfort care at the end of life**. The treatments offered are not intended to cure the disease. The services provided aim to :

- Improve the user's quality of life through pain and symptom management.
- Provide care that meets the user's physical, psychological, social, and spiritual needs.

☐ I understand that :

- The CHSLD Champlain Palliative Care Unit is not a long-term care unit;
- My health condition will be reviewed regularly;
- Should my illness be deemed stable by the physician, **I agree** that a medical reassessment be conducted and that a more appropriate care setting be sought. My family and I will be involved and informed throughout this process.

☐ I understand that: :

- Smoking is prohibited in the room and within the CHSLD Champlain Palliative Care Unit.

☐ **By signing this document, I agree to and accept the conditions of palliative care at the CHSLD Champlain Palliative Care Unit.**

User's signature

Date

Signature of legal representative or caregiver

Date

Signature of healthcare professional

Date