

Demande d'admission Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis (MSPSSL)

Critères d'admissibilité (À cocher)

- ☐ Réside sur le territoire du Grand Montréal avec priorité aux résidents du Grand Sud-Ouest (Lasalle, Lachine, Verdun, le Sud-Ouest et Dorval) ainsi que du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ou avoir un proche qui y réside;
- ☐ Est âgé de 18 ans ou plus;
- ☐ Est atteint d'une maladie incurable, progressive et en phase terminale, dont le pronostic vital estimé est inférieur à trois (3) mois;
- ☐ Connaît la nature de sa maladie et son pronostic. Si la personne est inapte, le répondant doit être informé du diagnostic et du pronostic;
- ☐ Accepte l'approche palliative : souhaite une approche de soin ayant comme objectif le confort et la qualité de vie, ne reçoit plus de traitement curatif ni d'investigation en externe;
- ☐ Nécessite une expertise en soins palliatifs;
- ☐ Score de 50 % ou moins sur l'échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS); *sauf exception selon le jugement du comité d'admission;*

Critères d'admission complémentaires (À cocher)

- ☐ La personne, ou son représentant, choisit librement de venir à la Maison et signe de manière libre et éclairée le consentement;
- ☐ Le formulaire de demande d'admission est dûment rempli et signé par le médecin traitant;
- ☐ Le formulaire de niveau de soins D est rempli, daté et signé par un médecin;
- ☐ Le patient comprend qu'il devra déboursier les frais reliés à sa médication en fonction de sa couverture d'assurance (RAMQ/PRIVÉ)

Justification si critère non rempli : _____

Critères d'exclusion (À cocher)

- ☐ Patient pour qui le transfert présente un risque;
- ☐ Maladie contagieuse (C. diff., influenza, COVID-19, etc.)
Préciser la maladie et la date de fin de l'isolement : _____
- ☐ Trouble du comportement non contrôlé pouvant nuire à la quiétude des lieux (errance, agressivité, etc.);
- ☐ Patient nécessitant des interventions spécialisées non disponibles à la Maison (plateau technique, intervenants spécialisés, etc.);
- ☐ Patient résidant en CHSLD et ayant accès à des soins palliatifs dans son milieu de vie.

Admissibilité et priorité

L'admissibilité et la priorité des demandes sont révisées par le comité d'admission.

La priorité est déterminée selon des critères établis ainsi que selon le jugement clinique du comité.

Documents à fournir (À cocher)

- ☐ Notes médicales, consultation en oncologie, en soins palliatifs ou autre spécialité pertinente;
- ☐ Liste des médicaments et FADM des 48h dernières heures;
- ☐ Évaluation psychosociale ou toute autre évaluation pertinente;
- ☐ Plan de traitement pour tous les soins nécessaires;
- ☐ Rapport de pathologie (si pertinent et disponible).

Tout document manquant peut entraîner un retard dans l'analyse de la demande.

Le formulaire doit être dûment rempli et signé, puis retourné, par télécopieur ou par courriel, aux coordonnées suivantes : admission@maisonsaultsaintlouis.com

télécopieur : (514) 905-9792 # téléphone : (438) 375-7916, poste 109, pour toute demande d'information

Nom : _____ **Sexe :** _____
Prénom : _____ **Âge :** _____
RAMQ : _____
DDN : _____
Adresse : _____

Formulaire de demande d'admission Maison Sault-Saint-Louis

Provenance de la personne malade :

☐ Domicile ☐ Hôpital _____ ☐ RI ☐ RPA/RTF

Langue de communication : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre _____

Personne-ressource :

Nom, prénom :

Lien avec la personne malade :

Téléphone :

Nom du référent :

Établissement :

Courriel :

Titre :

Téléphone :

Nom du gestionnaire de cas :

Établissement :

Courriel :

Titre :

Téléphone :

Services du CLSC : ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Psychosocial

Réseau social :

☐ Présent ☐ Absent ☐ Épuisé ☐ Description du réseau :

Information à considérer (conflits, abus, convictions spirituelles, etc.) :

Perception de sa situation :

☐ Serein ☐ Cheminement difficile ☐ Autre :

La personne est-elle en mesure de prendre les décisions pour elle-même : ☐ Oui ☐ Non

Mandat de protection : ☐ Non ☐ Oui, Préciser le nom du représentant :

Historique médical

Diagnostic principal :

Date :

Métastases (sites et dates) :

Traitements reçus (date du dernier traitement) :

☐ Chimiothérapie :

☐ Chirurgie :

☐ Autres :

☐ Immunothérapie :

☐ Radiothérapie :

Diagnostics secondaires :

Allergies/ intolérances :

Consommation active :

☐ Alcool, préciser :

☐ Drogue, préciser :

☐ Tabac, nombre/jour :

Symptômes et/ou problèmes présents			
☐ Douleur (sites) : Contrôlée? ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Non contrôlée			
☐ Dyspnée : Contrôlée? ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Non contrôlée			
☐ Dyspnée au repos : Contrôlée? ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Non contrôlée			
☐ Toux : Contrôlée? ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Non contrôlée			
☐ Œdème (sites) : ☐ Ascite			
☐ Nausées/Vomissements		☐ Constipation ☐ Occlusion intestinale	
☐ Dysphagie		Diète (texture) :	
☐ Dépression		☐ Anxiété ☐ Trouble cognitif connu	
☐ Confusion		☐ Trouble de l'humeur	
☐ Agitation : Contrôlée? ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Non contrôlée			
☐ Délirium : ☐ hypoactif ☐ Hyperactif			
☐ Errance intrusive : ☐ Non ☐ Oui ☐ Contention physique : ☐ Non ☐ Oui			
☐ Chute : Nombre au cours des 6 derniers mois :			
☐ Risque de chute			
Autres :			

Échelle de PPS : Encercler la case appropriée dans chaque colonne.

Résultat : _____

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

Nom, Prénom :

Consentement préalable à l'admission à la Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis (MSPSSL)
****À lire avec la personne malade et ses proches. À signer par la personne qui souhaite être admise à la Maison ou par son représentant légal. ****

La Maison de soins palliatifs Sault-Saint-Louis (MSPSSL) est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'accueillir et d'accompagner les personnes en fin de vie, dans le respect de leurs choix, afin de leur offrir confort, dignité et qualité de vie.

On m'a expliqué que :

- L'accompagnement se fera dans le respect de mes choix et que mes proches pourront m'accompagner en tout temps;
- Je comprends que les soins sont gratuits, mais que je dois assumer le coût relié à la médication. Mon dossier pharmacologique sera transféré à la pharmacie communautaire affiliée avec la Maison. Je serai responsable (ou mon proche) de régler la facture auprès de ces derniers;
- Les soins prodigués à la Maison sont de nature palliative et non curative. Ils visent notamment le soulagement de la douleur physique et de la détresse psychologique, ainsi que la prise en charge des symptômes afin de favoriser mon bien-être et mon confort. Je comprends que, dans ma situation, il n'y a plus de traitement curatif envisageable et j'accepte que les soins offerts soient orientés uniquement vers le soulagement de mes symptômes et mon confort. Je comprends qu'aucune réanimation cardio-respiratoire ni aucune manœuvre extraordinaire ne seront entreprises;
- Les pansements spécialisés, les produits pour l'entretien d'une stomie, les suppléments alimentaires ainsi que les culottes d'incontinences ne sont pas fournis par la MSPSSL. Il est de ma responsabilité d'en assumer les coûts;
- La MSPSSL n'est pas un milieu de soins de longue durée. Tout au long de mon séjour, mon état de santé sera réévalué régulièrement par l'équipe soignante. Advenant une amélioration ou une stabilisation de mon état, une réorientation dans un milieu répondant à mes besoins devra être envisagée, y compris un retour à domicile. Si cela arrive, un soutien de l'équipe sera offert pour trouver la ressource qui répond le mieux à mes nouveaux besoins;
- La MSPSSL est un milieu sans fumée. Comme dans tout édifice public, il est interdit de fumer ou devapoter à l'intérieur de la Maison, qu'il s'agisse de tabac ou de cannabis. Je m'engage, ainsi que mes proches, à aller fumer à l'endroit extérieur désigné à cette fin. Je comprends que le personnel de la MSPSSL ne pourra pas m'accompagner à l'extérieur pour fumer ou vapoter. Je comprends que si j'ai besoin d'assistance, un proche devra m'accompagner. Le cannabis devra être consommé à l'endroit désigné par la Maison et devra être fait en l'absence d'autres patients ou visiteurs. L'équipe médicale devra être avisée toute consommation de cannabis afin d'assurer une prise en charge sécuritaire et adaptée;
- La consommation d'alcool par les patients est permise. L'équipe médicale doit toutefois en être informée afin d'assurer une prise en charge sécuritaire et adaptée. La consommation d'alcool par

mes proches est permise dans ma chambre. Aucun comportement inapproprié lié à la consommation d'alcool ne sera toutefois toléré. Toute personne ayant un comportement inapproprié pourrait être invitée à quitter les lieux;

- Je dois respecter les règles de l'établissement, qui me seront présentées dans le code d'éthique et le guide d'accueil. Mes proches doivent également s'y conformer.

*Je comprends que je serai pris en charge par l'équipe multidisciplinaire de la MSPSSL et que mon équipe de soins actuelle ne sera plus impliquée dans mon dossier.

*J'autorise l'équipe multidisciplinaire de la MSPSSL à communiquer, au besoin, avec mon médecin traitant et les professionnels impliqués à mon dossier.

*J'autorise l'équipe de la MSPSSL à communiquer, au besoin, avec les proches désignés à mon dossier.

*J'ai pris connaissance des soins et des modalités d'accompagnement proposés par la MSPSSL et j'accepte qu'une demande d'admission soit présentée en mon nom. Je comprends également que je peux retirer cette demande à tout moment.

*Je consens à être contacté ou à ce que mon répondant désigné soit contacté afin de recevoir des nouvelles sur la vie à la Maison, les activités et les initiatives de la MSPSSL et de sa Fondation.

Nom et prénom de la personne ou son représentant légal : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom et prénom de l'intervenant : _____

Signature : _____ Date : _____

///

Consent Prior to Admission to the Sault-Saint-Louis Palliative Care Residence (MSPSSL)

****To be read with the patient and their loved ones. To be signed by the person seeking admission to the Residence or by their legal representative.****

The Sault-Saint-Louis Palliative Care Residence (MSPSSL) is a non-profit organization whose mission is to welcome and support people at the end of life, while respecting their wishes and providing them with comfort, dignity, and quality of life.

I have been informed that:

- My care and support will be provided in accordance with my wishes, and my loved ones may be with me at any time;
- I understand that care is provided free of charge, but that I am responsible for the cost of my medications. My medication profile will be transferred to the community pharmacy affiliated with the Residence. I, or my loved one, will be responsible for paying the pharmacy directly;
- The care provided at the Residence is palliative, not curative. It is intended, in particular, to relieve physical pain and psychological distress and to manage symptoms in order to promote my well-being and comfort. I understand that, given my condition, curative treatment is no longer an option, and I agree that the care provided will focus solely on relieving my symptoms and ensuring my comfort. I understand that no cardiopulmonary resuscitation (CPR) or other extraordinary life-sustaining measures will be undertaken;

- Specialized dressings, ostomy care supplies, nutritional supplements, and incontinence products are not provided by the MSPSSL. I am responsible for covering the cost of these items;
- The MSPSSL is not a long-term care facility. Throughout my stay, my health condition will be regularly reassessed by the care team. If my condition improves or stabilizes, a transfer to a setting that better meets my needs, including a return home, will need to be considered. Should this occur, the team will provide support in identifying the resource best suited to my new needs;
- The MSPSSL is a smoke-free environment. As in all public buildings, smoking or vaping inside the Residence, whether tobacco or cannabis, is prohibited. My loved ones and I agree to smoke or vape only in the designated outdoor area. I understand that MSPSSL staff will not be able to accompany me outside to smoke or vape. If I require assistance, I understand that a loved one will need to accompany me. Cannabis must be consumed in the area designated by the Residence and only when no other patients or visitors are present. The medical team must be informed of any cannabis use to ensure safe and appropriate care;
- Patients are permitted to consume alcohol. However, the medical team must be informed of any alcohol consumption to ensure safe and appropriate care. My loved ones may consume alcohol in my room. However, inappropriate behaviour related to alcohol consumption will not be tolerated. Anyone displaying inappropriate behaviour may be asked to leave the premises;
- I must comply with the rules of the Residence, which will be presented to me in the Code of Ethics and the Welcome Guide. My loved ones must also comply with these rules.
- I understand that I will be cared for by the MSPSSL multidisciplinary team and that my current care team will no longer be involved in my care.

*I authorize the MSPSSL multidisciplinary team to communicate, as needed, with my attending physician and the healthcare professionals involved in my care.

*I authorize the MSPSSL team to communicate, as needed, with the loved ones designated in my file.

*I have reviewed the care and support arrangements offered by the MSPSSL and agree that an application for admission may be submitted on my behalf. I also understand that I may withdraw this application at any time.

*I consent to being contacted, or to having my designated representative contacted, to receive news and information about life at the Residence, as well as the activities and initiatives of the MSPSSL and its Foundation.

Patient's or legal representative's full name: _____

Signature: _____

Date: _____

Staff member's full name: _____

Signature: _____

Date: _____