Nom :

Sexe : 🞏 homme 🞏 femme âge :

Date de naissance : Téléphone :

Langue préférée : 🞏 français 🞏 anglais 🞏 autre :

RAMQ :

Adresse :

**Coordonnés de la famille**

Nom :

Lien :

Téléphone :

**Critères d’admission à *l’Unité de soins palliatifs* de l’Hôpital Mont Sinaï (USP HMS)**

1. Le patient doit être âgé de 18 ans ou plus.
2. Le pronostic pour ce patient doit être de moins de trois mois.
3. L’échelle de performance pour soins palliatifs (formulaire PPS ci-joint) est de 40 % ou moins.
4. Le patient, ou son mandataire, a été avisé de la nature incurable de la maladie et du pronostic de moins de trois mois.
5. Le document relatif au niveau de soins a été signé et le niveau de soins a été fixé à C ou D (INESSS), SANS réanimation cardiopulmonaire.

**Critères d’admission aux services de *soins à domicile***

1. Le patient doit être âgé de 18 ans ou plus.
2. Le pronostic pour ce patient doit être de moins d’un an.
3. Le patient doit avoir beaucoup de difficulté à se rendre chez son médecin traitant.
4. Le patient, ou son mandataire, a été avisé de la demande de services de soins palliatifs.
5. Le document relatif au niveau de soins a été signé et le niveau de soins a été fixé à 3 ou 4, SANS réanimation cardiopulmonaire.
6. Le CLSC est associé à ce dossier.

**Motif de la demande**

* Soins palliatifs à domicile
* Admission urgente à l’USP de HMS
* Admission future à l’USP de HMS

**Lieu actuel du patient**

* À l’hôpital – nom :
* À domicile
* Autre : (préciser)

**Diagnostic** palliatif primaire : (maladie progressive incurable)

Date du diagnostic original :

S’il s’agit de cancer, lieu des métastases :

S’il ne s’agit pas de cancer, preuve à l’appui de la progression récente ou de l’état avancé de la maladie :

Autre complication liée à la maladie :

Traitements effectués :

* Intervention chirurgicale : (nature et date)

Chirurgien :

* Chimiothérapie : (nature et dates)

Oncologue :

* Radiothérapie : (lieu, quantité et dates)

Radio-oncologue :

* Traitements non-cancéreux : Médecin :

Antécédents médicaux et chirurgicaux : \_\_\_\_\_\_

**Obligatoire**: Indice de performance : PPS = \_\_\_\_\_

Veuillez consulter l’échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS) : <http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_french.pdf>

Pronostic :

**□** < 1 mois

**□** < 3 mois

**□** Plus de trois mois, mais moins d’un an : *Considérer faire application long-terme*

Symptômes et gravité (échelle de 0 à 10 ou échelle « légers – modérés – graves »)

* Douleur
* Dyspnée au repos
* Dyspnée à l’effort
* Délirium ou agitation
* Œdème
* Nausées ou vomissements
* Anorexie
* Cachexie
* Fatigue
* Dysphagie
* Dépression
* Anxiété

Complications et soins spécialisés requis : (veuillez préciser)

* **Isolement** requis en raison de :
* Occlusion intestinale
* Plaies :
* Ascite
* Épanchement pleural (*considerez insertion de drain*)
* Lymphœdème
* Compression de la moelle épinière
* Crises épileptiques
* Saignements
* Transfusions
* Hydratation 🞏intraveineuse ou 🞏sous-cutanée
* Oxygènation : taux
* Drains
* Caillots – TVP ou EP
* Cathéter urinaire
* Cathéter permanent (cathéter intraveineux, CCIP, central)
* Gastrostomie 🞏avec alimentation entérale
* Colostomie
* Trachéostomie
* Errance ou agressivité

Régime alimentaire : 🞏normal 🞏mou 🞏purée 🞏rien par voie orale 🞏liquides ordinaires 🞏liquides consistance mielleuse

**Allergies** et intolérances : \_\_\_\_\_\_\_

Médicaments, s’ils ne sont pas ci-joints :

Est-ce que le patient ou son mandataire connaît le diagnostic et le pronostic? Oui/Non (si non, veuillez expliquer)

Qui a fourni l’information sur le diagnostic et le pronostic? Quand?

Qui est le pourvoyeur principal de soins?

État psychosocial :

Joindre les **résultats d’investigations** : (à noter : la demande sera considérée comme incomplète sans l’information ci-dessous)

* Imagerie récente (s’il y a lieu)
* Analyse sanguine récente
* Résultat de la biopsie (s’il y a lieu)
* Résumé médical et notes médicales confirmant le pronostic
* Formulaire de niveau de soins C/D et aucune réanimation cardiopulmonaire
* Consentement à l’admission à l’Unité de soins palliatifs de l’Hôpital Mont-Sinaï
* Liste récente des médicaments
* 48 heures de notes médicales et consultations récentes
* SARM, ERV, C. difficile, influenza, et date du dernier test

**Information sur l’équipe médicale (avec coordonnés)**

Médecin traitant : (signature obligatoire)

Autres médecins ou stagiaires :

Infirmière (CLSC ou pivot) :

Travailleuse sociale :

**Consentement préalable à l’admission**

**à l’Unité de soins palliatifs de l’Hôpital Mont Sinaï**

À lire avec le patient ou son mandataire

On m’a expliqué que les soins prodigués à l’Unité de soins palliatifs de l’Hôpital Mont Sinaï sont de nature palliative, c’est-à-dire que les soins offerts visent :

* le soulagement de la douleur physique et morale;
* l’accompagnement dans la dignité et le respect de la personne malade et de ses proches.

Ceci signifie :

* qu’il n’y a plus de traitement possible pour guérir la maladie;
* qu’il n’y aura pas de mesures disproportionnées pour prolonger la vie, y compris la réanimation cardiopulmonaire ou des traitements démesurés qui deviendraient de l’acharnement thérapeutique;
* que mon équipe médicale estime que ma durée de vie est limitée;

On m’a expliqué que :

* l’Unité de soins palliatifs n’est pas un lieu d’hébergement de longue durée;
* mon état sera réévalué périodiquement;
* si mon état de santé se stabilise et mon pronostic de vie est estimé à plus de trois mois, je serai réorienté vers un établissement adapté à mes besoins ou retourné à domicile.

J’accepte qu’une demande d’admission soit envoyée à l’Unité de soins palliatifs de l’Hôpital Mont-Sinaï.

Je comprends que je peux annuler cette demande en tout temps.

**Consent prior to admission to the Mount Sinai Hospital Palliative Care Unit (MSH PCU)**

Read with patient or substitute decision maker and/or caregivers

I understand that the care provided at the Mount Sinai Hospital Palliative Care Unit is of a palliative nature, which means that the goal is to:

* Help relieve physical, emotional and psychological suffering
* Accompany me during my final days with serenity, dignity and respect
* Accept that there is no longer any possible treatment to cure my illness, or that I have chosen to refuse such treatments, and that my medical team estimates my lifespan is limited.

I understand that if I am admitted to the Palliative Care Unit:

* If my health stabilizes and my prognosis is not felt to be less than 3 months, I will be discharged to a suitable care environment such as a Long Term Care facility or my home

I hereby accept to send the admission request to the Mount Sinai Hospital Palliative Care Unit.

I understand that I can cancel this request at any time.

Nom et signature du patient ou du mandataire ou de l’aidant naturel / Patient’s or substitute decision maker’s Name and Signature :

Date :

Nom et signature de l’intervenant / Health Care provider’s Name and Signature :

Date :