

DEMANDE D'ADMISSION

**** JUSQU'À NOUVEL ORDRE NOUS EXIGEONS UN TEST DE DÉPISTAGE COVID AVANT TOUT ADMISSION VENANT DU DOMICILE
 OU CH sauf si admission fait en urgence**

PROVENANCE DE LA DEMANDE : <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> HÔPITAL <input type="checkbox"/> Autre : _____
--

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM :	PRÉNOM :	
COURRIEL :	TÉLÉPHONE :	
ADRESSE :		
VILLE :	CODE POSTAL :	
DATE DE NAISSANCE :	SEXE :	LANGUE :
NUMÉRO ASSURANCE MALADIE :		
ALLERGIE :	INTOLÉRANCE :	
PERS. SIGNIFICATIVE No 1 :	LIEN :	
	TÉL. :	
PERS. SIGNIFICATIVE No 2 :	LIEN :	
	TÉL. :	
PERS. CONTACT POUR PAIEMENTS À LA PHARMACIE (mode de paiement privilégié par carte de crédit)	LIEN :	
	TÉL. :	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MÉDECIN TRAITANT :	MD Famille :	TÉL. :
	Clinique :	TÉL. :
	CLSC :	TÉL. :
INFIRMIÈRE CONTACT AU CLSC :		TÉL. :
PHARMACIE :		TÉL. : RAMQ : <input type="checkbox"/> ASS. PRIVÉE : <input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : HISTOIRE DE LA MALADIE/TRAITEMENTS REÇUS JUSQU'À CE JOUR :

Date du diagnostic : _____

Métastase : Non Oui Localisation : _____

Antécédents médicaux :

Date des derniers traitements : de chimiotx : _____ de radiotx : _____

Pacemaker/défiibrillateur : Oui Non Actif Désactivé (date : _____ Inconnu)

SYMPTÔMES ACTUELS : Les symptômes sont-ils bien gérés?

Oui Non

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ascite | <input type="checkbox"/> Dyspnée au repos | <input type="checkbox"/> Anorexie moyenne (quelques bouchées) |
| <input type="checkbox"/> Incontinence : | <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale | <input type="checkbox"/> Anorexie sévère (liquide seulement) |
| <input type="checkbox"/> Nausées/Vomissement | | <input type="checkbox"/> Cachexie |
| <input type="checkbox"/> Œdème | <input type="checkbox"/> Délirium | <input type="checkbox"/> Plaies (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Douleurs difficiles à contrôler | | <input type="checkbox"/> Sub-occlusion/Occlusion intestinale |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Dyspnée à l'effort | Autre : _____ |

SOINS PARTICULIERS : Conditions médicales associées (pansement, cathéter, trachéotomie, colostomie, drain, gastrostomie... etc.) :

MOBILITÉ : _____ AIDE TECHNIQUE : _____

Ordonnance de non-réanimation expliquée et signée : Oui Non Date :

Niveau de soins :

PRONOSTIC AU DOSSIER < 3 mois : Oui Non (**Joindre la note médicale**)

< 1 sem. < 1 mois < 2 mois

NIVEAU DE PERFORMANCE EN SOINS PALLIATIFS PPS : _____ % (voir annexe joint pour aide)

12. Tabagisme actif : Oui Non Pt/famille informés de la politique à La Traversée : Oui Non

Consommation de cannabis : Oui Non Sous quelle forme _____

Ordonnance disponible : Oui Non

Approvisionnement stable : Oui Non

DOCUMENTS IMPORTANTS À JOINDRE AVEC VOTRE DEMANDE : si disponible

- Feuilles sommaires des dernières hospitalisations/notes médicales (si pertinent avec la demande et aide à la priorisation de la demande d'admission)
- FADM_Profil pharmacologique de l'hôpital ou pharmacie communautaire du patient
- Rapports histo-pathologiques
- Rapports ou notes de consultations pertinentes des spécialistes (radiothérapeute, oncologue, etc.)

Le patient et les membres de la famille ont été informés que si en cours de séjour, l'état de santé du patient se stabilise ou s'améliore, l'équipe médicale se réserve le droit de réévaluer la pertinence de le garder à la MSP La Traversée. Advenant une relocalisation du patient, un plan B doit déjà être établi avec le médecin traitant et/ou les intervenants avant l'admission du patient.

Retour à domicile Hébergement Autre : _____

COORDONNÉES DE L'INTERVENANT AU DOSSIER :

NOM : _____

Établissement : _____

TÉL. : _____

Date : _____

Prière de retourner le formulaire dûment rempli et signé à :

Maison de soins palliatifs La Traversée
5100 Montée Ryan, Mont-Tremblant, QC J8E 1S4
Téléphone : 819 421-2585 Télécopieur : 873 230-2690
admissions@fondationlatraversee.com