

**PRIÈRE D'ACHEMINER CE FORMULAIRE AVEC LA DEMANDE D'ADMISSION PAR COURRIEL AU**  
**[admissions@fondationlatraversee.com](mailto:admissions@fondationlatraversee.com)**

NOM/PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENGAGEMENT PRÉALABLE À L'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS**  
**À LIRE AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES**

**On m'a expliqué que les soins qui se donnent à La Traversée sont de nature palliative, c'est-à-dire qu'ils visent :**

- Le soulagement optimal des symptômes reliés à la maladie (physiques et/ou moraux, existentiels).
- L'accompagnement dans la dignité et le respect des choix et valeurs de la personne malade et de ses proches.
- Qu'il n'y aura pas de traitement pour tenter de guérir la maladie. On respecte simplement l'évolution de la maladie et que dans cette optique, il n'y aura aucune tentative de traitement ou investigation pour espérer guérir ou modifier le cours de la maladie.
- Que si en cours de séjour, mon état se stabilise ou s'améliore au point où j'atteins la durée de séjour maximale de 3 mois, ou si je développe des comportements d'errance, l'équipe médicale réévaluera mon état de santé et on me dirigera vers un endroit plus approprié si nécessaire, pour ma situation afin de répondre à mes besoins de soins du moment. Ce processus se fera en toute transparence et avec ma participation.

**On m'a également expliqué l'offre de service :**

- Que La Traversée n'offre pas un service d'hébergement de longue durée.
- Que La Traversée reconnaît les soins palliatifs et de fin de vie tels que définis par la loi du Québec S-32.0001. Ainsi, selon le respect des critères d'éligibilité et les procédures établis par cette LOI, je pourrais recevoir à la MLT l'aide médicale à mourir ou la sédation palliative continue. Je pourrais recevoir ce type de soins seulement après avoir reçu toute l'information nécessaire pour comprendre

ma situation de santé, connaître toutes les possibilités de soins qui s'offrent à moi et avoir accepté au préalable l'approche de soins palliatifs et l'accompagnement qui m'est offert à La Traversée.

 **Je comprends et accepte :**

-  Qu'à La Traversée, tout comme à mon domicile, je devrai payer les frais inhérents à la médication, à certains types de pansements, aux culottes d'incontinence tout comme si je demeurais à mon domicile.
-  Conformément à la LOI 44 sur les endroits publics, La Traversée est un milieu non-fumeur à l'intérieur de ses murs et le 9 mètres à l'extérieur doit être respecté. Un endroit facile d'accès, avec cendrier, sera disponible à l'extérieur. Il sera possible de fumer à cet endroit. Le résident doit en tout temps être obligatoirement accompagné par un bénévole (si disponible) ou un membre de la famille pour sortir fumer (cannabis ou tabac) à l'extérieur.
-  Advenant mon incapacité à prendre des décisions, j'autorise à prendre des décisions en mon nom :  
  
\_\_\_\_\_ (nom/liens).
-  J'atteste avoir fait la lecture de ce qui précède, avoir eu l'opportunité d'en discuter avec l'intervenant qui me l'a présenté, en avoir compris la teneur et que tous mes questionnements en lien avec les points mentionnés ci-haut ont été répondus.
-  J'accepte que certaines informations pertinentes à mon évaluation, contenues dans mon dossier de santé, soient transférées à l'équipe de soins de La Traversée où je désire être admis et vivre mes derniers moments dans le plus grand respect de ma personne et de mes choix.
-  Il me sera possible d'annuler cette demande en tout temps par un avis verbal.

\_\_\_\_\_  
*Signature du résident*

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
*Signature du mandataire ou aidant naturel le plus significatif*

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
*Nom de l'intervenant*

\_\_\_\_\_  
Date