

DEMANDE DE LITS COMMUNAUTAIRES EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE



Situation urgente – Remplir le formulaire et contacter les milieux receveurs.

L'utilisateur rempli tous les critères d'accès aux lits communautaires de SPFV du CIUSSSCN (voir p. 1 de l'outil de conformité).

Les démarches préalables auprès de l'utilisateur (ou de son représentant) ont toutes été complétées (voir p. 1 de l'outil de conformité).

Prêt pour une
admission en unité

Non prêt pour une
admission en unité

Clientèle
anglophone

Besoin d'un interprète

PARTIE 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES

A) COORDONNÉES

Proche-aidant

Prénom et nom _____
Lien avec l'utilisateur _____
Courriel _____

Téléphone _____
Cellulaire _____

Personne qui réfère l'utilisateur vers les lits communautaires en soins palliatifs

Responsable du suivi

Prénom et nom _____
Téléphone _____ poste _____
Téléavertisseur _____

Titre _____
Cellulaire _____
Installation _____

Autre personne au dossier

Prénom et nom _____
Téléphone _____ poste _____
Téléavertisseur _____

Titre _____
Cellulaire _____
Installation _____

Médecin actif au dossier ou médecin assurant le suivi

Prénom et nom _____
Spécialité _____
Lieu de pratique _____

Téléphone _____ poste _____
Cellulaire _____

Connu de quel centre hospitalier _____

IPO au dossier _____ Nom _____ Téléphone _____

Pharmacie communautaire

Nom de la pharmacie _____

Téléphone _____ poste _____

Nom :

N° dossier :

B) NATURE DE LA DEMANDE			
	Fin de vie (séjour jusqu'au décès)	Stabilisation (en vue RAD)	Répît
Attentes de l'utilisateur	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Désir d'AMM exprimé _____ <input type="checkbox"/> Demande d'AMM signée	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Attentes des proches	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Opinion de l'équipe qui réfère	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
C) MILIEU PRIVILÉGIÉ (DE 1 À 9, INDIQUER L'ORDRE DES PRÉFÉRENCES, 1 ÉTANT LE PREMIER CHOIX)			
Hôpital Jeffery Hale _____	Maison Michel-Sarrazin _____	Centre d'hébergement Charlesbourg _____	
Hôpital Chauveau _____	Hôpital Saint-Anne-De-Beaupré _____	Hôpital régional de Portneuf _____	
IUSMQ _____	Hôpital de Baie-Saint-Paul _____	Hôpital de La Malbaie _____	
PARTIE 2 – SITUATION MÉDICALE			
A) NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE			
Dernier niveaux de soins connus	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Date de mise à jour _____	aaaa/mm/jj
Réanimation cardiorespiratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de mise à jour _____	aaaa/mm/jj
Objectifs de soins énoncés par l'utilisateur (dans vos mots)			

Directives médicales anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Détérioration globale			
<input type="checkbox"/> Rapide (jour en jour)	<input type="checkbox"/> Moyen terme (semaine en semaine)	<input type="checkbox"/> Lente (en terme de mois)	
<input type="checkbox"/> Risque important de complication/détérioration aiguë, préciser			

Pronostic établi le _____ par _____ Profession _____			
aaaa/mm/jj			
<input type="checkbox"/> Moins de 2 semaines	<input type="checkbox"/> Moins d'un mois	<input type="checkbox"/> Moins de 2 mois	<input type="checkbox"/> Moins de 3 mois
<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> Plus de 6 mois		

SUITE – PARTIE 2 – SITUATION MÉDICALE

B) DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

C) PRINCIPAUX PROBLÈMES ACTIFS QUI JUSTIFIENT LA DEMANDE

D) HISTOIRE MÉDICALE ET ANTÉCÉDENT(S) PERTINENT(S) (MÉDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES)

E) TRAITEMENT(S) MAJEUR(S)

<input type="checkbox"/> Chimiothérapie en cours Cessée le _____ aaaa/mm/jj Référence en pièce jointe, (préciser le titre) _____	<input type="checkbox"/> Non disponible	<input type="checkbox"/> Immunothérapie en cours Cessée le _____ aaaa/mm/jj Référence en pièce jointe, (préciser le titre) _____	<input type="checkbox"/> Non disponible
<input type="checkbox"/> Radiothérapie récente (moins 1 mois) Date _____ Site _____ aaaa/mm/jj	<input type="checkbox"/> Non disponible	<input type="checkbox"/> Autre traitement en cours Préciser _____ Cessée le _____ aaaa/mm/jj Référence en pièce jointe, (préciser le titre) _____	<input type="checkbox"/> Non disponible

F) SOINS ET MATÉRIELS PARTICULIERS

PARTIE 3 – ÉTAT ACTUEL DE L'USAGER

A) HABITUDES DE VIE ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Commentaires

Niveau de mobilité	Fluctuant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
	<input type="checkbox"/> 1. Usuel	_____
	<input type="checkbox"/> 2. Surtout assis/couché	_____
	<input type="checkbox"/> 3. Surtout couché	_____
	<input type="checkbox"/> 4. Alité	_____

Digestif et urinaire		
Nausées et vomissements	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Important
Élimination intestinale	<input type="checkbox"/> Normale	Fréquence _____
<input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Fécalome	<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée
<input type="checkbox"/> Incontinence fécale	Autre, préciser _____	
	Si coché, préciser _____	
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/> Normale	Fréquence _____
<input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Rétention	<input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner
<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	Autre, préciser _____	
	Si coché, préciser _____	
PEAU, PLAIES ET MUQUEUSE BUCALE		

C) DIMENSIONS : COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE		
Comportement	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Méfiance
Autres changements	<input type="checkbox"/> Délire	<input type="checkbox"/> Hallucination <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire
	<input type="checkbox"/> Autre, préciser _____	
D) DIMENSIONS : PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE		
Milieu de vie actuel	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RPA	Autre, préciser _____
	<input type="checkbox"/> Barrière architecturale compromettant le MAD _____	
Éléments de vulnérabilité	<input type="checkbox"/> Isolement	<input type="checkbox"/> Aidant épuisé <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Soutien naturel peu existant
	<input type="checkbox"/> Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Réseau dysfonctionnel <input type="checkbox"/> Violence/abus/négligence
	<input type="checkbox"/> Aidant pour une autre personne	
État émotionnel	<input type="checkbox"/> Insécurité/anxiété envahissante	<input type="checkbox"/> Souffrance psychologique sévère
Sphère spirituelle	<input type="checkbox"/> Détresse existentielle/morale	
	<input type="checkbox"/> Désirs ou préoccupations de fin de vie exprimés, spécifier _____	
Particularités		

<input type="checkbox"/> L'usager autorise la transmission des informations		
Date _____	Heure _____	Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj	hh:mm	Référent
Merci d'inclure la documentation requise avec votre demande. Vous retrouvez l'ensemble des informations dans le pas-à-pas demande de lits communautaires en soins palliatifs et fin de vie.		
AMM : aide médicale à mourir	AVD : activité de la vie domestique	AVQ : activité de la vie quotidienne
BCM : bilan comparatif des médicaments	BiPAP : Bi-level Airway Pressure (ventilation en pression positive biphasique)	
CH : centre hospitalier	CIUSSCN : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	
CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (ventilation en pression positive continue)	ECG : électrocardiogramme	IPO : infirmière pivot en oncologie
IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec	Kg/lb : kilogramme/livres	l/min : litre par minute
NPO : nil per os	OMI : œdème membres inférieurs	MAD : maintien à domicile
RAD : retour à domicile	RCR : réanimation cardiorespiratoire	PTI : plan thérapeutique infirmier
RPA : résidence pour personne âgées	SPFV : soins palliatifs et de fin de vie	RI : ressource intermédiaire