



Date d'envoi de la demande : _____

 Par télécopieur au : (819) 477-2439 Courriel : admin@maisonreneverrier.com**Demande de services en soins palliatifs****1. Veuillez choisir parmi les services de soins palliatifs suivants :**

MAISON RENÉ-VERRIER : PRÉADMISSION ADMISSION CENTRE DE JOUR HAVRE D'ÉLIZABETH

SERVICES RENÉ-VERRIER :
(Soins à domicile)

Soutien psychologique

- Pour patient
 Pour proche aidant
 Suivi de deuil

Répît à domicile

- Accompagnement (répît léger)
 PAB/ ASSS (hygiène, alimentation, etc.)
 Infirmière auxiliaire (méd. sous-cutanée)

Choisir le service →

2. Document requis (incluant le présent formulaire)

Maison René-Verrier (MRV)	Services René-Verrier (SRV)	Centre de jour
<input type="checkbox"/> Niveau de soins D <input type="checkbox"/> Pronostic < 3 mois ou PPS < 40% <input type="checkbox"/> Notes d'évolution médicales / notes infirmières <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique <u>à jour</u> <input type="checkbox"/> Feuille sommaire incluant diagnostic <input type="checkbox"/> Oncologie <input type="checkbox"/> Médecine interne <input type="checkbox"/> Autres notes pertinentes : <input type="checkbox"/> Collecte initiale <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Notes psychosociales <input type="checkbox"/> Plan de soins	<input type="checkbox"/> Remplir le présent formulaire <u>Inclure les documents suivants :</u> <input type="checkbox"/> Certificat de non-réanimation/ NIM _____ <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique <u>à jour</u> <input type="checkbox"/> Contexte ou besoins qui motive la demande (section 9).	<input type="checkbox"/> Remplir le présent formulaire <u>(Incluant les sections 7 & 8)</u> Inclure les documents suivants : <input type="checkbox"/> Résumé de dossier <input type="checkbox"/> Feuille sommaire incluant le diagnostic & NIM

3. Identification du patient :

Nom du patient : _____ RAMQ : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Ville & code postal : _____ Âge : _____

Téléphone résidence : _____ Cellulaire : _____

4. Personne ressource/ proche aidant principal

Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

Ville & code postal : _____ Âge : _____

Téléphone résidence : _____ Cellulaire : _____

5. Provenance de la demande (veuillez cocher et compléter)

CLSC Hôpital GMF Pharmacie Autre :

Nom de l'intervenant : _____ Titre : _____

Tél. : _____ # Poste : _____ Télécopieur : _____

Voir verso →



6. Services reçus par le SAD du CLSC Drummond

- Infirmière Soins d'hygiène Ergothérapeute Physiothérapie Inhalothérapie
- Nutritionniste Travailleur social Autre :

7. Traitements (Centre de jour seulement)

- Chimio – Date du dernier traitement : _____ Radio - Date du dernier traitement : _____
- Autres (spécifiez) : _____ Date du dernier traitement : _____

Antécédents :

8. Allergies, PPS, pronostic, etc. (Centre de jour seulement)

Allergies : _____ **Intolérances :** _____

Échelle de performance PPS : _____ % Estimation du pronostic : _____ Date : _____

Le patient est-il au courant de **son diagnostic** : Oui Non Le patient est-il au courant de **son pronostic** : Oui Non

9. Contexte psychosocial ou besoin qui motive la demande de service à domicile (aide psy ou répit) et notes complémentaires

Veuillez transmettre la demande par courriel au : admin@maisonreneverrier.com ou par télécopieur au : 819 477-2439.

Pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec Annie Guillemette, coordonnatrice multi-services au : 819 477-3044.

<input type="checkbox"/> Préadmissions MRV	Réservé à l'administration
<input type="checkbox"/> Admission MRV	Date d'évaluation de la demande : _____
<input type="checkbox"/> Soins à domicile SRV	Nom de l'intervenant : _____
<input type="checkbox"/> Centre de jour	Notes : _____