Maison René-Verrier · Services René-Verrier · Havre d'Elizabeth Verrier

Date d'envoi de la demande : _____

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'ELIZABETH VERRIER**		☐ **PROGRAMME ROSE** (femmes atteintes de cancer uniquement)	
☐ **SERVICES RENÉ-VERRIER** : (Répit à domicile)		☐ Accompagnement (répit léger) ☐ PAB/ ASSS (hygiène, alimentation, etc.) ☐ Infirmière auxiliaire (méd. sous-cutanée)	
☐ **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE**	☐ Pour patient	☐ Pour proche aidant	☐ Suivi de deuil

2. Document requis (incluant le présent formulaire)

Maison René-Verrier (MRV)	Services René-Verrier (SRV)	Programme rose
☐ Feuille sommaire ☐ Notes d'évolution médicales qui incluent le diagnostic et sa date, les sites de métastases et les traitements reçus ☐ Pronostic < 3 mois ou PPS < 40% ☐ Niveau de soins D et certificat de non-réanimation ☐ Profil pharmacologique à jour ☐ Notes infirmières (48-72h) et collecte de données **Si disponible :** ☐ Rapport de pathologie ☐ Résultats d'examens reliés au diagnostic et derniers résultats de prise de sang ☐ Toutes autres consultations pertinentes reliées à la condition clinique du patient (oncologie, médecine interne, nutrition, soins de plaies…)	**Répit à domicile** Inclure les documents suivants : ☐ Niveaux de soins et réanimation ☐ Profil pharmacologique à jour ☐ Remplir la p.1 du présent formulaire ainsi que les sections 6, 7, 8 & 9 ☐ Collecte de données initiale	☐ Remplir la p.1 du présent formulaire ainsi que les sections 7 & 9
		Télécopieur : **(819) 477-2439** Amélie Gatien, responsable du Programme rose **(819) 477-3044 poste 317** programme-rose@fondationreneverrier.com
	Aide psychologique Inclure les documents suivants : ☐ Remplir la p.1 du présent formulaire ainsi que les sections 7, 8 & 9	**Centre de jour** ☐ Remplir la p.1 du présent formulaire ainsi que les sections 6, 7, 8 & 9 Inclure les documents suivants : ☐ Niveaux de soins et réanimation ☐ Notes oncologie récentes **ou** ☐ Notes médicales récentes
Télécopieur **: (819) 850-2938**	Télécopieur : **(819) 477-2439**	Télécopieur : **(819) 477-2439**
Émilie Paradis, coordonnatrice des soins infirmiers **(819) 477-3044 poste 204** admin@maisonreneverrier.com	Debby Lampron-Lynch, responsable des Services René-Verrier **(819) 477-3044 poste 316** srv@fondationreneverrier.com	Annie Guillemette, coordonnatrice du centre de jour **(819) 477-3044 poste 302** admin@maisonreneverrier.com

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 ➔ Département : ☐ GMF ☐ Autre :

Nom de l'intervenant : Titre :

Tél. : # Poste : Télécopieur :

6. Services reçus par le SAD du CLSC Drummond

☐ Infirmière ☐ Soins d'hygiène ☐ Ergothérapeute ☐ Physiothérapie ☐ Inhalothérapie

☐ Nutritionniste ☐ Travailleur social ☐ Autre :

7. Diagnostic(s), antécédents et allergies

Diagnostic(s) incluant le stade :

Date du diagnostic (aaaa-mm-jj) :

Antécédents pertinents :

Allergies/ Intolérances (médicaments et/ou aliments) :

8.Informations complémentaires

Échelle de performance PPS : Pronostic : En date du :

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

Traitements : ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Autres (spécifiez) :

Informations complémentaires sur les traitements en cours ou cessés :

9.Contexte psychosocial ou besoin qui motive la demande de service et notes complémentaires