



Installation : _____

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

DEMANDE D'ADMISSION EN RESSOURCE DE SOINS PALLIATIFS

Type de demande	
Date de la demande (aaaa/mm/jj) : _____	<input type="checkbox"/> Demande d'admission avec un pronostic inférieur à 3 mois <input type="checkbox"/> Demande de pré admission <input type="checkbox"/> Demande d'admission pour gestion de symptômes complexes
Profil de l'utilisateur	
Provenance de l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> RTF Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Adresse : _____	
1 ^{ère} personne contact : _____ Lien : _____ Téléphone : _____	2 ^e personne contact : _____ Lien : _____ Téléphone : _____
Services du CLSC : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de l'intervenant pivot du CLSC : _____	
<input type="checkbox"/> Niveau de soins D discuté et accepté <input type="checkbox"/> Consentement d'admission en ressource de soins palliatifs signé (MC-56)	
Demande d'AMM signée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A Si oui, médecins impliqués : _____	
Particularités (exemple : motifs de la demande, souhaits, préoccupations, religion, valeurs, situation familiale, etc.) : _____ _____ _____	
État de santé	
Échelle de performance pour patient en soins palliatifs version 2 (PPSv2) : _____%	
Dégradation rapide de l'état clinique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dernier pronostic médical en date du (aaaa/mm/jj) : _____ <input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> 1-3 mois <input type="checkbox"/> 3-6 mois	
Symptômes actuels	
<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Désorientation/délirium <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement <input type="checkbox"/> Cachexie <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Soins spécifiques requis	
<input type="checkbox"/> Isolement requis/agent infectieux : _____	
<input type="checkbox"/> Dispositif d'accès veineux central : _____, dernière irrigation (mm/jj) : _____	
<input type="checkbox"/> Défibrillateur désactivé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque implantable <input type="checkbox"/> Trachéostomie <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie : __L/min	
<input type="checkbox"/> Drain, type : _____ Sonde vésicale, dernier changement (mm/jj) : _____	
<input type="checkbox"/> Soins de peau, plaie(s) et stomie : _____	
<input type="checkbox"/> Soins psychosociaux <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<i>Si le motif de la demande d'admission est lié principalement au cancer, compléter seulement la section Cancer. Si le motif de la demande d'admission est lié à une pathologie autre que le cancer, compléter seulement le verso</i>	
<input type="checkbox"/> Cancer : _____ Date du diagnostic (aaaa/mm) : _____	
Métastases : _____	
Comorbidités sévères : _____	
Traitements : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Agents antinéoplasiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Nom : _____

Prénom : _____

Installation : _____

N° de dossier : _____

Pathologie autre que le cancer Cocher les indicateurs de déclin (PCCC, 2019) qui s'appliquent en fonction du caractère avancé de la maladie.

Maladie pulmonaire obstructive chronique

- État de la maladie jugé grave (ex : VEF1 moins de 30%)
- Satisfait les critères pour recevoir de l'oxygénothérapie à long terme
- Hospitalisations fréquentes (au moins 3 hospitalisations dues à une MPOC au cours des 12 derniers mois)
- Symptômes de défaillance cardiaque droite
- Plus de 6 semaines de corticothérapie systémique au cours des derniers 6 mois
- Stade 4/5 sur l'échelle MRC (Medical Research Council scale) : c'est-à-dire essoufflement après 100 mètres de marche sur surface plane ou à l'intérieur

Maladie du cœur (ex : Insuffisance cardiaque)

- Stade 3 ou 4 de la New York Health Association (NYHA)-essoufflement au repos ou après un effort minimal.
- Admissions répétées à l'hôpital pour des symptômes de défaillance cardiaque.
- Symptômes physiques ou psychologiques difficiles à supporter malgré une thérapie optimale

Insuffisance rénale chronique (IRC)

- Le patient présente une IRC de stade 4 ou 5 dont l'état se détériore
- Le patient choisit l'option « Pas de dialyse » ou discontinue la dialyse (par choix ou en raison d'une fragilité croissante ou de comorbidités)
- Symptômes physiques ou psychologiques importants dans un contexte de traitement optimal de l'IRC
- Insuffisance rénale symptomatique : nausées et vomissements, anorexie, prurit, déclin de l'état fonctionnel, surcharge liquidienne réfractaire aux traitements diurétiques

Maladie hépatique

- Cirrhose avancée accompagnée d'au moins une complication au cours de la dernière année (ascite résistante aux diurétiques ; encéphalopathie hépatique; syndrome hépato-rénal; saignements variqueux récurrents)
- Contre-indication à une transplantation du foie
- Score de Child-Pugh : Class C

Accident vasculaire cérébral (AVC)

- État végétatif persistant, état conscient minimal ou paralysie complète
- Complications médicales
- Manque d'amélioration 3 mois après l'AVC
- Déclin cognitif/démence post-AVC

Sclérose en plaques

- Importance significative des symptômes complexes et des complications médicales
- Dysphagie et mauvais état nutritionnel
- Difficultés de communication (ex. dysarthrie et fatigue)
- Troubles cognitifs, notamment début de démence

Maladies neurologiques en général

- Détérioration progressive physique ou cognitive malgré une thérapie optimale
- Symptômes complexes et de plus en plus difficiles à contrôler
- Difficultés à avaler (dysphagie) conduisant à des pneumonies d'aspiration récurrentes, dyspnées, septicémies ou défaillances respiratoires
- Difficultés du langage : difficultés croissantes à parler et dysphasie progressive

Maladie du neurone moteur

- Déclin rapide et marqué de la condition physique
- Premier épisode de pneumonie d'aspiration
- Perte de poids
- Difficultés cognitives croissantes
- Symptômes complexes et complications médicales
- Difficultés à communiquer
- Faible capacité vitale respiratoire (< 70% du résultat attendu au test d'une spirométrie standard)
- Dyskinésie, chutes et/ou problèmes de mobilité

Maladie de Parkinson

- Perte d'efficacité du traitement en cours
- Dyskinésie, chutes et problèmes de mobilité
- Autonomie réduite, besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes
- Perte de contrôle des symptômes parkinsoniens de plus en plus fréquente et d'une durée de plus en plus prolongée
- Indications de problèmes psychiatriques (dépression, anxiété, hallucinations, psychoses)
- Indicateurs apparentés à ceux observés chez des patients fragiles

Fragilité

- Présence de plusieurs comorbidités nuisant significativement aux tâches quotidiennes
- Diminution du score de performance (ex. niveau de l'état fonctionnel)
- Combinaison d'au moins 3 des symptômes suivants : Faiblesse/Ralentissement marqué de la vitesse de marche/Perte de poids significative/Épuisement/Niveau d'activité physique minimal/Symptômes dépressifs

Démence

- Incapacité à marcher sans assistance
- Incontinences urinaire et fécale
- Conversations cohérentes non systématiques
- Incapacité à accomplir des activités quotidiennes ET
- N'importe lequel des éléments suivants : Perte de poids /Infection urinaire/Ulcère de pression sévère : stade 3 ou 4/Fièvre récurrente/Absorption orale réduite/Pneumonie d'aspiration

Nom du référent (en lettres moulées)

Titre

N° de permis
(si applicable)

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

N° de téléphone