

**ÉVALUATION PRÉADMISSION**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° Tél. : \_\_\_\_\_

N° Dossier ou NAM : \_\_\_\_\_

**Préadmission (valide pour 6 mois)**

- Soins de fin de vie
- Ajustement médicament (1-14 jours)
- Répit (1-14 jours)

Le patient est présentement :

- à domicile
- résidence
- CH

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Date du Dx principal : \_\_\_\_\_

Pronostic actuel : \_\_\_\_\_

Le patient et/ou la famille sont-ils au courant de son pronostic?  oui  non

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Site des métastases : \_\_\_\_\_

Date de l'arrêt des traitements : \_\_\_\_\_

**État actuel du patient :**

Alimentation :  repas N  repas léger  
 très peu  liquide seulement  
 incapable  
depuis quand : \_\_\_\_\_

Soulagement douleur :  oui  partiel  non

Mobilité :  seul  avec marchette ou aide  
 avec 2 aides  alité  
depuis quand : \_\_\_\_\_

Perte de poids : \_\_\_\_\_

**Problématique particulière :** \_\_\_\_\_

Habitudes de vie :  tabac  alcool  drogues

SARM  oui  non | ERV  oui  non | VIH  oui  non | autre : \_\_\_\_\_

***Si porteur d'un C Difficile actif, n'est pas admissible.***

Porteur d'un C Difficile asymptomatique  oui  non

**Avez-vous discuté ou informé votre patient :**

- De l'aide médicale à mourir (AMM) :  oui  non
- L'aide médicale à mourir est-elle désirée par le patient :  oui  non  ne sait pas
- Que la MCDL n'offre pas l'AMM, mais peut offrir la sédation palliative :  oui  non
- Que la MCDL réévalue tous les patients et peut les relocaliser au besoin :  oui  non
  - 2 semaines après l'admission si ajustement de médicament ;
  - 6 semaines après l'admission si soins de fin de vie

Le patient reçoit des services de soutien à domicile par un(e) infirmier(ère) et/ou des services psycho-sociaux par le CLSC ou en privé :  oui  non

Nom de l'infirmier(ère) : \_\_\_\_\_ Nom du travailleur social : \_\_\_\_\_

***Profil pharmacologique actuel à télécopier***

***Envoyer les copies des rapports des CH autres que le CH Saint-Georges***

Admission : rapide souhaitée  d'ici 2 semaines  après 2 semaines

**\*\* Le médecin requérant doit toujours communiquer avec le médecin de garde de la Maison Catherine de Longpré lorsque l'admission à la Maison Catherine de Longpré est imminente.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin