

PRÉADMISSION MAISON CATHERINE DE LONGPRÉ

Merci de compléter **L'INTÉGRALITÉ** du formulaire pour vous assurer que la demande soit **TRAITÉE**

1

ADMISSION / HÉBERGEMENT

- Soins de fin de vie
- Ajustement médicament (1-14 jours)
- Répit
- d'ici 2 semaines après 2 semaines

**communiquer avec la coordonnatrice si admission rapide souhaitée

CLINIQUE DE GESTION DE SYMPTÔMES

**dans ce cas, fournir : liste de médicaments, résumé d'hospitalisation et rapport de consultation

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Tél. : _____

N° Dossier ou NAM : _____

Médecin traitant : _____

2

Le patient est présentement :

à domicile Autre : _____

Diagnostic principal et date du Dx : _____

Site des métastases : _____

Traitement _____ **chimio active :** oui non

Pronostic estimé :

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

Niveau de soins actuel assumé par le patient/la famille : _____

**Niveau de soins D exigé pour hébergement de fin de vie.

Est-ce que le patient reçoit des services de **soutien à domicile** ? oui non

Nom - infirmier(ère) : _____ Nom - travailleur(se) social(e) : _____

3

ÉTAT ACTUEL DU PATIENT

Présence de symptômes	Contrôlés	Oui	Non
Douleur			
Localisation			
Dyspnée			
Nausée			
Constipation			
Tristesse importante			
Anxiété			
Confusion			
Somnolence			
Insomnie			
Cachexie			
TNC connu			

ATCD / Problèmes actifs : _____

Niveau d'activité du patient

- Réduit
- Surtout assis ou couché
- Surtout alité
- Toujours alité

Autonomie du patient

- Aide minimale requise
- Assistance constante requise
- Soins complets requis
- Chutes dans les derniers 3 mois ?

Alimentation

- Repas (N) à ↓
- Réduite à quelques bouchées Liquide seulement
- Perte de poids x6 mois < 10 %
- > 10 % _____lbs

**PRÉADMISSION MAISON CATHERINE DE LONGPRÉ
(SUITE)**

4

Autres informations jugées pertinentes à votre demande :

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

Date : _____

Signature du médecin ou du professionnel de la santé

À envoyer par télécopieur à la MCDL

Téléphone : (418) 227-2150

Télécopieur : (418) 227-5897

ou

par courriel : maison.catherine.delongpre@ssss.gouv.qc.ca