

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 EXTERNE SPÉCIALISÉE EN SOINS PALLIATIFS**

Le médecin traitant a-t-il été avisé de cette référence ?

- oui    non (si non : svp, aviser le médecin traitant de la demande)

\*\* 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** du pronostic estimé?  oui    non

**Niveau de soins actuel** assumé par le patient/la famille : \_\_\_\_\_

\*\*Niveau de soins D exigé pour l'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) : \_\_\_\_\_

Autre(s) intervenant(s) : \_\_\_\_\_

3

**ÉTAT ACTUEL DU PATIENT**

Le patient présente-t-il de la douleur ?  oui    non

Localisation : \_\_\_\_\_

**Autre(s) symptôme(s) :**

- Dyspnée
- Nausées
- Anxiété
- Confusion
- Somnolence
- Insomnie
- TNC connu
- Autre : \_\_\_\_\_

**Sédation palliative continue désirée :**  oui    non

**AMM désirée :**  oui    non

Démarche complétée :  oui    non \_\_\_\_\_

Médecin responsable : \_\_\_\_\_

**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

Demande de préadmission faite à la demande de : \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient et/ou sa famille autorise la coordonnatrice des soins à communiquer avec eux?  oui  non

Personne à rejoindre : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

5

**Autres informations jugées pertinentes à votre demande**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou du professionnel de la santé

**\*\* HÉBERGEMENT :** 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.

**Veillez prendre note que vous recevrez un retour de notre part dans les 72 heures ouvrables. Dans le cas contraire, merci de bien vouloir communiquer avec la coordonnatrice des soins au (418) 227-2150, poste 205 afin de vous assurer de la réception de votre demande.**

**Merci de bien vouloir envoyer ce document à la MCDL,  
soit par télécopieur : (418) 227-5897**

**ou**

**par courriel: [maison.catherine.delongpre@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maison.catherine.delongpre@ssss.gouv.qc.ca)**

Les renseignements personnels recueillis sont conservés dans les données de Maison Catherine de Longpré à des fins de communication et de suivi de dossier médical en conformité avec sa politique de confidentialité publiée sur le site :  
<https://www.maisoncatherinedelongpre.qc.ca/politique-de-confidentialite/>