

## DEMANDE DE LITS COMMUNAUTAIRES EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

 <input type="checkbox"/> Situation urgente – Remplir le formulaire et contacter les milieux receveurs.			
<input type="checkbox"/> L'utilisateur rempli tous les critères d'accès aux lits communautaires de SPFV du CIUSSSCN (voir p. 1 de l'outil de conformité). <input type="checkbox"/> Les démarches préalables auprès de l'utilisateur (ou de son représentant) ont toutes été complétées (voir p. 1 de l'outil de conformité).			
<input type="checkbox"/> Prêt pour une admission en unité	<input type="checkbox"/> Non prêt pour une admission en unité	<input type="checkbox"/> Clientèle anglophone	<input type="checkbox"/> Besoin d'un interprète
<b>PARTIE 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>			
<b>A) COORDONNÉES</b>			
<b>Proche-aidant</b>			
Nom et prénom _____		Téléphone _____	
Lien avec l'utilisateur _____		Cellulaire _____	
Courriel _____			
<b>Personne qui réfère l'utilisateur vers les lits communautaires en soins palliatifs</b>			<input type="checkbox"/> <b>Responsable du suivi</b>
Nom et prénom _____		Titre _____	
Téléphone _____ poste _____		Cellulaire _____	
Téléavertisseur _____		Installation _____	
<b>Autre personne au dossier</b>			
Nom et prénom _____		Titre _____	
Téléphone _____ poste _____		Cellulaire _____	
Téléavertisseur _____		Installation _____	
<b>Médecin actif au dossier ou médecin assurant le suivi</b>			
Nom et prénom _____		Téléphone _____ poste _____	
Spécialité _____		Cellulaire _____	
Lieu de pratique _____			
<b>Connu de quel centre hospitalier</b> _____			
IPO au dossier	Nom _____	Téléphone _____	
<b>Pharmacie communautaire</b>			
Nom de la pharmacie _____		Téléphone _____ poste _____	

Nom :

N° dossier :

B) NATURE DE LA DEMANDE			
	Fin de vie (séjour jusqu'au décès)	Stabilisation (en vue RAD)	Répît
Attentes de l'utilisateur	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Désir d'AMM exprimé _____ <input type="checkbox"/> Demande d'AMM signée	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Attentes des proches	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Opinion de l'équipe qui réfère	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
C) MILIEU PRIVILÉGIÉ (DE 1 À 7, INDIQUER L'ORDRE DES PRÉFÉRENCES, 1 ÉTANT LE PREMIER CHOIX)			
Hôpital Jeffery Hale _____	Maison Michel-Sarrazin _____	Centre d'hébergement Charlesbourg _____	
Hôpital Chauveau _____	Hôpital Saint-Anne-De-Beaupré _____	Hôpital régional de Portneuf _____	
IUSMQ _____			
PARTIE 2 – SITUATION MÉDICALE			
A) NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE			
Dernier niveaux de soins connus	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Date de mise à jour _____	aaaa/mm/jj
Réanimation cardiorespiratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de mise à jour _____	aaaa/mm/jj
Objectifs de soins énoncés par l'utilisateur (dans vos mots)			
_____			
_____			
_____			
Directives médicales anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Détérioration globale</b>			
<input type="checkbox"/> Rapide (jour en jour)	<input type="checkbox"/> Moyen terme (semaine en semaine)	<input type="checkbox"/> Lente (en termes de mois)	
<input type="checkbox"/> Risque important de complication/détérioration aiguë, préciser			
_____			
_____			
_____			
Pronostic établi le _____ par _____ Profession _____			
aaaa/mm/jj			
<input type="checkbox"/> Moins de 2 semaines	<input type="checkbox"/> Moins d'un mois	<input type="checkbox"/> Moins de 2 mois	<input type="checkbox"/> Moins de 3 mois
<input type="checkbox"/> Moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> Plus de 6 mois		

Nom :

N° dossier :

**SUITE – PARTIE 2 – SITUATION MÉDICALE**

**B) DIAGNOSTIC PRINCIPAUX**

---

---

---

---

**C) PRINCIPAUX PROBLÈMES ACTIFS QUI JUSTIFIENT LA DEMANDE**

---

---

---

---

**D) HISTOIRE MÉDICALE ET ANTÉCÉDENT(S) PERTINENT(S) (MÉDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES)**

---

---

---

---

**E) TRAITEMENT(S) MAJEUR(S)**

<input type="checkbox"/> Chimiothérapie en cours Cessée le _____ aaaa/mm/jj Référence en pièce jointe, (préciser le titre) _____	<input type="checkbox"/> Immunothérapie en cours Cessée le _____ aaaa/mm/jj Référence en pièce jointe, (préciser le titre) _____
--	--

Radiothérapie récente (moins 1 mois)    Date \_\_\_\_\_    Site \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Autres, préciser  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTIE 3 – ÉTAT ACTUEL DE L'USAGER**

**A) HABITUDES DE VIE ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

**Commentaires**

<b>Niveau de mobilité</b>	Fluctuant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____
	<input type="checkbox"/> 1. Usuel <input type="checkbox"/> 2. Surtout assis/couché <input type="checkbox"/> 3. Surtout couché <input type="checkbox"/> 4. Alité	_____ _____ _____

Nom :

N° dossier :

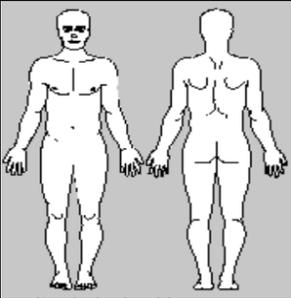
<b>Intérêt pour les loisirs</b>	<input type="checkbox"/> 1. Habituel <input type="checkbox"/> 2. Diminué <input type="checkbox"/> 3. Aucun	_____
<b>Autonomie pour les soins personnels (AVQ)</b>	<input type="checkbox"/> 1. Autonome <input type="checkbox"/> 2. Aide occasionnelle <input type="checkbox"/> 3. Aide régulière <input type="checkbox"/> 4. Aide complète	_____
<b>Appétit</b>	<input type="checkbox"/> 1. Habituel <input type="checkbox"/> 2. Diminué <input type="checkbox"/> 3. Minimale <input type="checkbox"/> 4. Aucun depuis _____	<input type="checkbox"/> Dysphagie Depuis quand ? _____
<b>Hydratation</b>	<input type="checkbox"/> 1. Habituelle <input type="checkbox"/> 2. Diminuée <input type="checkbox"/> 3. Minimale <input type="checkbox"/> 4. Aucune depuis _____	<input type="checkbox"/> Dysphagie Depuis quand ? _____
<b>État d'éveil</b>	<input type="checkbox"/> 1. Hyperalerte <input type="checkbox"/> 2. Alertes <input type="checkbox"/> 3. Léthargique <input type="checkbox"/> 4. Stuporeux <input type="checkbox"/> 5. Comateux	<input type="checkbox"/> Fluctuant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser _____
<b>Habitudes de sommeil</b>	<input type="checkbox"/> 1. Satisfaisante <input type="checkbox"/> 2. Insomnie <input type="checkbox"/> 3. Réveil nocturne <input type="checkbox"/> 4. Somnolence diurne <input type="checkbox"/> 5. Difficulté d'endormissement	_____

**B) DIMENSION PHYSIQUE**

**Données paramétriques**

Poids actuel \_\_\_\_\_ kg/lb      Perte de poids de \_\_\_\_\_ kg/lb depuis \_\_\_\_\_ (temps)       Cachexie évidente

**Douleurs**

<b>Site(s)</b> 	<b>Description de la douleur</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<b>Traitement tentés</b> (référez-vous à la section diagnostics actifs si douleur complexe, importante ou problématique). _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--	---

**Médication**

**Observance**  
 Oui     Non    Préciser \_\_\_\_\_

**Cardiorespiratoire**

**Dyspnée**       À l'effort soutenu     Au moindre effort     À la parole     Au repos

**Embarras audibles**     Aucun     À la tête du lit     Au pied du lit     À la porte de la chambre

Œdème généralisé ou OMI sévère      Teint \_\_\_\_\_

Oxygène (l/min et nombre d'heure/jour) \_\_\_\_\_       BiPAP ou appareil équivalent

Lunettes nasales     Autres \_\_\_\_\_       CPAP

Saturation air ambiant \_\_\_\_\_

Saturation avec oxygène \_\_\_\_\_      Oxygène à \_\_\_\_\_ l/min

Risque de détresse respiratoire      Protocole de détresse prescrit     Oui     Non

Risque d'hémorragie aiguë massive

<b>Digestif et urinaire</b>	
<b>Nausées et vomissements</b>	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Important
<b>Élimination intestinale</b>	Fréquence _____
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Fécalome <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée
<input type="checkbox"/> Anormale	Autre, préciser _____
<input type="checkbox"/> <b>Incontinence fécale</b>	Si coché, préciser _____
<b>Élimination urinaire</b>	Fréquence _____
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Rétention <input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner
<input type="checkbox"/> Anormale	Autre, préciser _____
<input type="checkbox"/> <b>Incontinence urinaire</b>	Si coché, préciser _____
<b>Autre(s) symptôme(s) important(s)</b>	
_____	
<b>C) DIMENSIONS : COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE</b>	
<b>Comportement</b>	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Méfiance
<b>Autres changements</b>	<input type="checkbox"/> Délire/hallucination <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire
	<input type="checkbox"/> Autre, préciser _____
<b>D) DIMENSIONS : PSYCHOSOCIALE ET SPIRITUELLE</b>	
<b>Milieu de vie actuel</b>	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RPA    Autre, préciser _____
	<input type="checkbox"/> Barrière architecturale compromettant le MAD _____
<b>Éléments de vulnérabilités</b>	<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Aidant épuisé <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Soutien naturel peu existant
	<input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> Réseau dysfonctionnel <input type="checkbox"/> Violence/abus/négligence
	<input type="checkbox"/> Aidant pour une autre personne
<b>État émotionnel</b>	<input type="checkbox"/> Insécurité/anxiété envahissante <input type="checkbox"/> Souffrance psychologique sévère
<b>Sphère spirituelle</b>	<input type="checkbox"/> Détresse existentielle/morale
	<input type="checkbox"/> Désirs ou préoccupations de fin de vie exprimés, spécifier _____
<b>Particularités</b>	
_____	
<input type="checkbox"/> <b>L'utilisateur autorise la transmission des informations</b>	
Date _____	Heure _____
aaaa/mm/jj	hh:mm
Signature _____	Profession _____
Référent	
<b>Merci d'inclure la documentation requise avec votre demande. Vous retrouvez l'ensemble des informations dans le pas-à-pas demande de lits communautaires en soins palliatifs et fin de vie.</b>	
AMM : aide médicale à mourir	AVD : activité de la vie domestique
BCM : bilan comparatif des médicaments	AVQ : Activité de la vie quotidienne
CH : centre hospitalier	BiPAP : Bi-level Airway Pressure (ventilation en pression positive biphasique)
CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (ventilation en pression positive continue)	CIUSSSCN : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec	EKG : électrocardiogramme
NPO : nil per os	IPO : infirmière pivot en oncologie
RAD : retour à domicile	Kg/lb : kilogramme par livres
RPA : résidence pour personne âgées	l/min : litre par minute
	OMI : œdème membres inférieurs
	MAD : maintien à domicile
	RCR : réanimation cardiorespiratoire
	PTI : plan thérapeutique infirmier
	SPFV : soins palliatifs et de fin de vie
	RI : résidence intermédiaire