

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

DEMANDE D'ACCÈS À UN LIT DÉDIÉ À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR POUR UN USAGER DE LA DSAPA

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
Conditions préalables					
Toutes les cases ci-dessous doivent être cochées, avant de transmettre cette demande :					
<input type="checkbox"/> L'utilisateur est âgé de 18 ans et plus;					
<input type="checkbox"/> L'utilisateur a été déclaré admissible à l'AMM à la suite des évaluations préalables effectuées par deux professionnels compétents;					
<input type="checkbox"/> L'utilisateur réside à domicile, est suivi par une équipe du SAD de la DSAPA, et a exprimé le désir que l'administration de l'AMM ne se réalise pas à domicile;					
<input type="checkbox"/> L'utilisateur a reçu une confirmation de date d'administration de l'AMM.					
Information sur le soin : L'heure d'arrivée d'un usager doit se faire entre 8 h 30 et 13 h 00 du lundi au vendredi. Idéalement, l'AMM ne devrait pas être administrée après 14 h 00. Les exceptions devront être analysées et validées auprès du chef de l'unité de soins palliatifs					
Date désirée _____ aaaa/mm/jj		Heure d'administration AMM _____ hh:mm		Heure d'arrivée de l'utilisateur _____ hh:mm	
2 ^e choix de date _____ aaaa/mm/jj		Heure d'administration AMM _____ hh:mm		Heure d'arrivée de l'utilisateur _____ hh:mm	
Milieux à privilégier : Indiquer l'ordre de préférence de 1 à 3 pour les milieux souhaités, 1 étant le 1 ^{er} choix.					
<input type="checkbox"/> Ne rien indiquer si l'utilisateur ne privilégie pas ou ne désire pas un milieu spécifique					
___ Hôpital régional de Portneuf		___ Centre d'hébergement de Charlesbourg		___ Hôpital Sainte-Anne de Beaupré	
Professionnel compétent (médecin ou IPS) responsable de l'administration					
Nom _____			Profession _____		
Téléphone _____			Courriel _____		
Commentaires (ex. : heure et disponibilité du médecin ou de l'IPS)					
Usager sera accompagné <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Nombre de personnes présentes _____	
Transport de l'utilisateur sera effectué par _____					
Nom de la personne contact (proche aidant) _____					
Lien avec l'utilisateur _____			Téléphone _____		

Nom :

N° dossier :

Informations complémentaires	
Diagnostic	
État de santé actuel	
Commentaires/particularités	
Autorisation émise	
<input type="checkbox"/> L'usager ou son représentant légal autorise verbalement la transmission de cette demande	
Informations sur le référent	
Nom du référent _____	
Téléphone _____	Courriel _____
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Profession _____
Envoyer la demande à : lits_soins_palliatifs.csssqn@ssss.gouv.qc.ca	
Se référer au Guide du référent - Formulaire de demande d'accès à un lit dédié à l'AMM pour un usager de la DSAPA	
Légende AMM : aide médicale à mourir DSAPA : Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées IPS : infirmière praticienne spécialisée SAD : soutien à domicile	
Section réservée pour la signature électronique	