



Transmettre par télécopieur :  
819 791-5774

**DEMANDE D'ADMISSION**

Motif de la demande  Hébergement  Répit  Dépannage

Nom		Prénom	
Date de naissance	Âge	Téléphone	
Adresse		No R.A.M.Q.	Date expiration R.A.M.Q.
Néoplasie primaire			Date du diagnostic
Métastases			
Durée estimée du pronostic (Information obligatoire pour l'étude du dossier)			

**ÉVOLUTION DE LA MALADIE NÉOPLASIQUE / AUTRES PATHOLOGIES PERTINENTES**

Date	Complications / Récidives	Traitement

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX PERTINENTS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MÉDICATION ACTUELLE**


**Allergies**

---

SPÉCIFIER TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ÉCHOUÉ POUR LE SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES PARCE QUE MAL TOLÉRÉS OU INEFFICACES (médication, dosage, date d'arrêt, raison)

---

---

---

---

---

---

---

---

Bilan pertinent (inscrire les résultats ou annexer les copies des examens)

---

---

---

**LISTE DES PROBLÈMES CLINIQUES ACTUELS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ASPECT PSYCHOLOGIQUE**

Connaissance de son diagnostic	Connaissance de son pronostic
--------------------------------	-------------------------------

Décrire sa perception de la situation

---

---

---

---

---

---

---

---

désire mourir à domicile  désire mourir à La Maison Aube-Lumière

Signature du médecin traitant	Nom, prénom
-------------------------------	-------------

Date de l'évaluation	Téléphone	N° de permis
----------------------	-----------	--------------

**ASPECT FAMILIAL / SOCIAL (section à remplir par le médecin, l'infirmière ou l'intervenant social)**

Décrire le réseau familial

---

---

---

---

---

Personne contact	Lien avec le malade	Téléphone

Décrire le contexte ayant mené à la demande d'admission

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature	Nom, prénom
Date de l'évaluation	Téléphone

*S.V.P. annexer tout autre document jugé pertinent*

## ÉVALUATION DES SOINS (section à remplir par l'infirmière)

### AUTONOMIE

Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> au lit	<input type="checkbox"/> bain, douche	
Déplacement	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> canne	<input type="checkbox"/> marchette	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant
Alité	Alimentation		<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> avec aide	
Particularités					

### SYSTÈME PSYCHOSensoriel

Vue	Ouïe	Elocution
Etat de conscience		

### APPARENCE GLOBALE

(Edème (localisation))
Plaies (description, localisation, traitement en cours)
Autres

### SYSTÈMES DIGESTIF ET GÉNITO-URINAIRE (décrire les particularités s'il y a lieu)

Alimentation / hydratation (type d'alimentation, préférence, etc.)	
Nausée / vomissement	Trouble de déglutition
Problèmes de bouche et traitement en cours	
Selles <input type="checkbox"/> normales <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhées <input type="checkbox"/> incontinence	Dernière selle (date)
Urine <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> sonde installée le :	
Stomie <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> colostomie <input type="checkbox"/> néphrostomie	
Autres	

### SYSTÈME RESPIRATOIRE

Dyspnée	Toux	Expectorations	<input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> non-fumeur
Trachéotomie	Oxygène		
Autres			
Signature		Nom, prénom	
Date de l'évaluation		Téléphone	

**IL EST OBLIGATOIRE DE COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
AFIN QUE LA DEMANDE SOIT TRAITÉE.**

## PRE-ADMISSION CONSENT

**(Read with the patient and his or her companion)**

*La Maison Aube-Lumière* is a resource reserved for persons who have cancer and are nearing the end of life. End-of-life palliative care is offered at *La Maison* to optimize the quality of life of its residents. The principal aims are the following:

- Relief of pain, whether it is physical, moral, psychological or spiritual, as well as any other symptoms of the advanced illness.
- Accompaniment to the end of life with respect and dignity for persons who are ill and their loved ones.

I understand that:

- I will be cared for by the interdisciplinary team of *La Maison Aube-Lumière*.
- There is no possible treatment that can cure my illness, and the team of *La Maison Aube-Lumière* will do all they can to alleviate my pain without, however, undertaking extraordinary measures (for example, cardiopulmonary resuscitation).
- Continued palliative sedation as well as medically assisted dying are types of care available at *La Maison Aube-Lumière*. However, **this present consent does NOT constitute an official request for medically assisted dying or for continued palliative sedation.**
- Accommodations and care are free of charge. However, I must have a companion who will commit to cover certain costs incurred during my stay, such as the cost of medications provided by the pharmacy as well as an amount of \$20 per week for medical supplies. My pharmacological file will be transferred to the pharmacy partnering with *La Maison Aube-Lumière*.
- *La Maison Aube-Lumière* is not a long-term care centre, and my state of health will be re-evaluated regularly. If, in the judgement of the interdisciplinary team, my state stabilizes or improves, I will be reoriented to a care centre adapted to my needs, including the possibility of a return home with the support and services of the CLSC.
- *La Maison Aube-Lumière* is a non-smoking zone. Patients and their visitors may not smoke except in the designated area outside the building. This also applies to electronic cigarettes and vaporizers, with the exception of vaporizers for therapeutic use.

In order to ensure the quality of life for patients, equity in the distribution of services, and tranquility in the premises, I commit to respect the instructions that are given to me.

Patient's Name	Signature	Date
Companion's Name	Signature	Date
Name of Staff Person	Signature	Date



N° d'assurance-maladie / Date de naissance		# CHUS
Nom à la naissance :		Prénom :
Adresse :		
Ville :	Ind. rég. :	No de téléphone :
Code postal :	Nom et prénom de la mère :	
Nom et prénom du père :		Âge :

Hôtel-Dieu de Sherbrooke       Hôpital Fleurimont

Autre installation : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS  
CONTENUS AU DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (DCI-CAE  
/ARIANE) POUR LA MAISON AUBE-LUMIÈRE**

Je, soussigné(e), reconnais avoir été informé clairement et avoir bien compris le but de ce consentement.  
Cette autorisation est valable pour les informations contenues au dossier de :

\_\_\_\_\_ (nom de l'utilisateur)

Par conséquent, en ma qualité de

- usager  
 autre<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

(initiales) \_\_\_\_\_ J'autorise le CIUSSS de L'Estrie-CHUS à rendre disponible aux médecins et aux résidents en médecine de la Maison Aube-Lumière, l'information médicale contenue au dossier clinique informatisé de l'utilisateur concerné par cette autorisation. (dossier médical complet de l'utilisateur contenu au dossier électronique)  
Cet accès se fera via le système DCI-CAE (Ariane), en mode visualisation seulement. Aucune donnée clinique ne pourra être ajoutée ou modifiée.

(initiales) \_\_\_\_\_ Je refuse toute consultation de mon dossier médical informatisé du CIUSSS de L'Estrie-CHUS par un médecin ou un résident en médecine de la maison Aube-Lumière.

(initiales) \_\_\_\_\_ Je révoque le consentement que j'ai donné précédemment.

Date de la révocation : \_\_\_\_\_

Signature<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Le consentement est accordé pour une période d'un an (1 an) à compter de la date de la signature de ce document ou jusqu'au décès de l'utilisateur. Ce consentement est révocable en tout temps. Le consentement comprend le contenu actuel du dossier ainsi que celui qui pourrait s'ajouter.

\_\_\_\_\_  
Signature : usager ou personne autorisée<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Date : AAAA/MM/JJ

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

\_\_\_\_\_  
Date : AAAA/MM/JJ

<sup>1</sup> On doit s'assurer que les signataires de ce document sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (ex : curateur, conjoint, ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

**Lorsque l'incapacité de l'utilisateur est constatée** : le curateur, tuteur ou la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son incapacité, selon le cas; **si le majeur n'est pas ainsi représenté**, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou à défaut de conjoint, ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.