

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
État de conscience		

APPARENCE GLOBALE

Œdème (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

		<input type="checkbox"/> fumeur	<input type="checkbox"/> non-fumeur
Dyspnée	Toux	Expectorations	
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.**

CONSENTEMENT PRÉALABLE À L'ADMISSION

À lire avec le patient et son répondant

La Maison Aube-Lumière est une ressource réservée aux personnes atteintes du cancer en fin de vie. Des soins palliatifs et de fin de vie y sont prodigués afin d'optimiser la qualité de vie des personnes hébergées en visant principalement :

- Le soulagement de la douleur tant physique que morale, psychologique et spirituelle, ainsi que tout autre symptôme de la maladie avancée.
- L'accompagnement vers la fin de vie dans le respect et la dignité de la personne malade et de ses proches.

Je comprends que :

- Je serai pris en charge par l'équipe interdisciplinaire de La Maison Aube-Lumière.
- Il n'y a plus de traitement possible pour guérir ma maladie et l'équipe de La Maison Aube-Lumière fera tout pour me soulager sans toutefois faire appel à des mesures extraordinaires (ex : réanimation cardio-respiratoire).
- La sédation palliative continue ainsi que l'aide médicale à mourir sont des soins disponibles à La Maison Aube-Lumière. Toutefois, **le présent engagement ne constitue en aucun cas une demande officielle d'aide médicale à mourir ou de sédation palliative continue.**
- L'hébergement et les soins sont gratuits. Toutefois, je devrai avoir un répondant qui s'engagera à défrayer certains coûts encourus durant mon séjour, soit le coût des médicaments fournis par la pharmacie ainsi qu'un montant de 20 \$ par semaine pour les fournitures médicales. Mon dossier pharmacologique sera transféré à la pharmacie partenaire de La Maison Aube-Lumière.
- La Maison Aube-Lumière n'est pas un centre de soins de longue durée et mon état de santé sera réévalué régulièrement. Si, selon l'équipe interdisciplinaire, mon état se stabilise ou s'améliore, je pourrai être réorienté vers un centre de soins adapté à mes besoins, incluant la possibilité d'un retour à domicile avec le soutien et les services du CLSC.
- La Maison Aube-Lumière est un lieu non-fumeur. Le patient et ses proches ne peuvent fumer que dans le fumoir situé à l'extérieur. Le patient ne peut aller fumer seul et il doit être accompagné d'un proche. Il en est de même pour la cigarette électronique et les vapoteurs, à l'exception des vapoteurs à visée thérapeutique.

Afin d'assurer une qualité de vie aux patients, une équité dans la distribution des services et la tranquillité dans les lieux, je m'engage à respecter les consignes qui me seront transmises.

_____ Nom du patient	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du répondant	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom de l'intervenant	_____ 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
 autre² _____

(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 : _____

Signature¹ _____

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 révoquable en tout temps. Le consentement comprend le contenu actuel du dossier ainsi que celui qui pourrait s'ajouter.

Signature : usager ou personne autorisée¹

Date : AAAA/MM/JJ

Témoin à la signature

Date : AAAA/MM/JJ

¹ 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.