



LA MAISON
AUBE-LUMIÈRE

DEMANDE D'ADMISSION

Consignes pour remplir ce formulaire

1. **Téléchargez le formulaire** et sauvegardez le sur votre poste de travail.
2. Nous recommandons d'ouvrir le formulaire avec l'application **Adobe Acrobat Reader** (*ce formulaire est optimisé pour Adobe Acrobat, il pourrait ne pas fonctionner avec d'autres logiciels ou applications*).
3. N'oubliez pas de **sauvegarder fréquemment** le formulaire.
4. **Une fois complété, faites-nous parvenir le formulaire à l'adresse : admission@aubelumiere.com** (vous pouvez aussi l'imprimer et le faire parvenir par télécopieur au 819-791-5774).
5. Si vous éprouvez des difficultés à utiliser ce formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Motif de la demande:	Préadmission	Hébergement	Répît
Patient connaît son pronostic:	Oui	Non	
Patient prêt pour admission:	Oui	Non	
Objectifs de soins:	P-Prolongation	E-Équilibre	C-Confort (À La Maison l'objectif de soin Confort est exigé)

***À titre informatif voir l'annexe : Objectifs de soins et réanimation cardiorespiratoire**

INFORMATIONS SUR LE PATIENT (MÉDECIN ET INFIRMIÈRE)

Nom du patient	Prénom du patient	No RAMQ	
Adresse complète			
Téléphone résidentiel	Téléphone cellulaire	Date de naissance	Âge

RÉPONDANT/RESPONSABLE FINANCIER DU PATIENT (INFIRMIÈRE ET TS)

Nom du responsable	Prénom du responsable	Lien avec le patient
Téléphone résidentiel	Téléphone cellulaire	

RAISONS DE LA DEMANDE D'ADMISSION (MÉDECIN)

ONCOLOGIE

Néoplasie primaire :

Date du diagnostic :

Date de récidence :

Métastases :

Évolution de la maladie et traitement :

Date de cessation
des traitements :

MALADIE(S) CHRONIQUE(S) TERMINALE(S)

Date du diagnostic :

Déprescription de la
médication débutée :**Non**
Oui, date :

Évolution de la maladie :

PRONOSTIC (MÉDECIN)**ONCOLOGIE (Pronostic visé < 3 mois)**

Pronostic estimé :

Justification du pronostic :

MALADIE(S) CHRONIQUE(S) TERMINALE(S) (Pronostic visé < 1 mois)

Pronostic estimé :

Justification du pronostic :

Justification du pronostic :

ECOG (MÉDECIN ET INFIRMIÈRE)

- 0** Patient entièrement actif, capable d'effectuer les mêmes activités prémorbides sans restriction.
- 1** Patient restreint dans ses activités physiques, mais ambulatoires et capables d'effectuer des activités légères ou sédentaires, par ex : travaux ménagers légers ou tâches administratives
- 2** Patient ambulatoire et capable de s'occuper de lui, mais incapable d'effectuer des activités. Debout > 50% de la journée
- 3** Patient capable de soins limités, alité ou au fauteuil > 50% de la journée
- 4** Patient complètement handicapé, ne pouvant s'occuper de lui. Totalemment alité ou confiné au fauteuil

PPS (INFIRMIÈRE)Niveau de
performance

Mobilité

Activité et intensité de la maladie

Autonomie pour les soins personnels

Alimentation

Niveau de conscience

**Voir annexe pour référence*

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS : impacts possibles sur pronostic (MÉDECIN)

--

SYMPTÔMES ACTUELS (MÉDECIN ET INFIRMIÈRE)

Anorexie moyenne (quelques bouchées)	Dyspnée au repos
Anorexie sévère (liquide seulement)	Faiblesse / Fatigue
Anurie Diurèse résiduelle, Qte :	Incontinence fécale
Ascite	Incontinence urinaire
Chute	Nausées Vomissements
Constipation	Œdème Anasarque
Délirium	Perte ou gains de poids - Quantifier :
Douleurs difficiles à contrôler	Subocclusion Occlusion
Dysphagie	Plaies (précisez)
Dyspnée à l'effort	

SOINS PARTICULIERS (INFIRMIÈRE)

Besoin d'O2 (<i>litre\min</i>)	Cathéter (<i>type</i>)
C-Pap	
Gastrostomie	
Pompe PCA	Drain (<i>emplacement</i>)
Picc-line ou Port-A-Cath	
PleurX	
Ponction ascite	Plaie
Porteur pacemaker	
(<i>Spécifier si défibrillateur ou non</i>)	
Sonde urinaire Néphrostomies	Autre
Trachéotomie	

Poids

Taille

Fumeur

Non

Oui

Quantité par jour :

ÉVALUATIONS COGNITIVES (MÉDECIN ET INFIRMIÈRE)**TROUBLE NEURO COGNITIF (TNC)**

Oui

Non

Léger (*déclin cognitif mesurable, mais fonctionnement quotidien maintenu de façon autonome*)**Majeur** (*déclin cognitif qui affecte significativement le fonctionnement quotidien et l'autonomie*)

Décrivez le comportement du patient :

	Oui	Non	Résultat	Date
Collabore avec le personnel			MOCA	
Errance				
Agressivité			FOLSTEIN	
Conscient de son pronostic				

LABOS / EXAMENS / IMAGERIES (MÉDECIN)

Résultat	Date	Résultat	Date
Hb		Cr	
GB		Ca	
Lymphos		ALT	
Albumine		Bili	
Marqueurs tumoraux 1		Phos alc	
Marqueurs tumoraux 2		Imagerie pertinente*1	
Informations supplémentaires :		Imagerie pertinente*2	
		Imagerie pertinente*3	

**Veuillez nous transmettre les rapports pertinents*

MÉDICATIONS (MÉDECIN OU INFIRMIÈRE)

Veuillez nous transmettre le profil de médication du patient le plus récent.

RÉSEAU FAMILIAL ET SOCIAL (MÉDECIN, INFIRMIÈRE ET/OU TS)

Décrivez brièvement le soutien familial et social dont bénéficie le patient.

SOINS DE FIN DE VIE (MÉDECIN)

Soins de fin de vie discutés avec le patient : Non Oui, détaillez :

Processus AMM amorcé : Oui Non

Demande AMM signé : 1^{er} évaluateur
Nom de l'évaluateur

2^e évaluateur
Nom de l'évaluateur

Veillez nous transmettre le formulaire AMM signé.

PERSONNEL MÉDICAL

Pour personne à domicile ou hors CIUSSS seulement

Infirmière traitante

Nom Prénom Téléphone Extension

Signature Date

**Veillez nous transmettre les notes d'évolution pertinentes*

Médecin traitant

Nom Prénom Signature Date

**Veillez nous transmettre les notes d'évolution pertinentes*

Veillez faire signer le formulaire de consentement d'admission et le consentement Ariane par le patient, son répondant et son intervenant, et nous les faire parvenir :

Par courriel : admission@aubelumiere.com / Par télécopieur : 819-791-5774

Tous les formulaires sont disponibles sur notre site Web : aubelumiere.com



Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPSv2) version 2

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Translation by Dr Sandra Legault, Dr Carroll Laurin, Maryse Bouvette, RN

Instructions pour l'utilisation de cette échelle (voir aussi la définition des termes)

- Les scores sont déterminés par une lecture horizontale de chaque niveau pour trouver ce qui correspond le mieux au patient. On lui attribue alors un score exprimé en pourcentage.
- Commencez par la colonne de gauche et lisez de haut en bas jusqu'à ce que le niveau de mobilité approprié soit atteint, puis lisez horizontalement jusqu'à la prochaine colonne et de nouveau vers le bas, jusqu'à ce que le niveau approprié de la colonne Activité/intensité de la maladie soit repéré. Ces étapes sont répétées jusqu'à ce que les cinq colonnes soient complétées avant de pouvoir déterminer le score exact du patient. Il est donc important de noter que les colonnes de gauche (colonnes à la gauche d'une colonne spécifique) sont des déterminants plus puissants et ont généralement préséance sur les autres.

Exemple 1 : Un patient qui passe la majorité de la journée en position assise ou couchée due à la fatigue causée par une maladie avancée et qui a besoin d'une aide importante pour marcher, même sur de courtes distances, mais qui autrement est entièrement conscient et dont l'alimentation est bonne, obtiendra un score de 50 %.

Exemple 2 : Un patient paralysé et quadriplégique nécessitant des soins complets obtiendrait un score de 30 %. Bien que le patient puisse être en fauteuil roulant (et pourrait sembler au départ se situer au niveau de 50 %), le score est de 30 % parce qu'il serait totalement alité à cause de la maladie ou des complications si les soignants ne pouvaient pas lui fournir des soins complets, y compris le soulever et le transférer. Le patient pourrait avoir un niveau normal d'alimentation et être entièrement conscient.

Exemple 3 : Cependant, si le patient de l'exemple 2 était paraplégique et alité mais s'il était quand même capable d'effectuer certaines tâches comme s'alimenter, son score serait plus élevé et correspondrait à 40 ou 50 % puisqu'il n'aurait pas besoin de 'soins complets'.

- Les scores de cette échelle sont exprimés seulement en intervalles de 10 %. Parfois, il y a plusieurs colonnes correspondant aisément à un niveau mais une ou deux semblent mieux convenir à un niveau plus élevé ou plus faible. Il faudra alors décider ce qui convient le mieux. Choisir une valeur intermédiaire de 45 %, par exemple, n'est pas correct. On utilisera conjointement le jugement clinique et la « préséance par la gauche » pour déterminer si le score qui reflète le mieux l'état du patient est de 40% ou 50%.
- L'échelle de performance peut être utilisée pour différents motifs. Tout d'abord, c'est un excellent outil de communication pour décrire rapidement le niveau fonctionnel actuel du patient. Deuxièmement, le score pourrait avoir valeur de critère pour l'évaluation de la charge de travail ou d'autres mesures et comparaisons. Enfin, le score semble avoir une valeur pronostique.

Définition des termes pour l'Échelle de performance – Soins palliatifs

Comme noté ci-dessous, certains des termes ont une signification semblable, les différences étant plus facilement apparentes quand on lit horizontalement pour trouver la réponse qui correspond le mieux en utilisant les cinq colonnes.

1. Mobilité

Les catégories « **surtout assis/couché** », « **surtout alité** » et « **toujours au lit** » sont clairement semblables. Les différences subtiles sont reliées aux éléments de la colonne des soins personnels. Par exemple, toujours au lit avec un score de 30 % signifie une faiblesse profonde ou une paralysie telle que le patient non seulement ne peut pas se lever de son lit mais est également incapable d'assurer ses soins personnels. La différence entre « assis/couché » et « alité » est proportionnelle au temps que le patient peut rester assis sans avoir besoin de se coucher.

« **mobilité réduite** » se retrouve aux scores de 70 et de 60 %. En utilisant la colonne adjacente, la réduction de la mobilité est reliée à l'incapacité d'effectuer son travail normal, certains passe-temps ou des activités d'entretien ménager. La personne continue de pouvoir marcher et se transférer par elle-même mais, au score de 60 %, a besoin d'une aide occasionnelle.

2. Activité et intensité de maladie

Les termes « **Certains signes** », « **évidente** » et « **avancée** », réfèrent aux preuves physiques et aux investigations précisant le niveau de progression de la maladie. Par exemple, dans le cancer du sein, une rechute locale implique certains signes de maladie; une ou deux métastases au poumon ou aux os indiquent une maladie évidente; des métastases multiples aux poumons, aux os, au foie, au cerveau, une hypercalcémie ou d'autres complications majeures représentent une maladie avancée. Cette gradation peut également faire référence à la progression de la maladie malgré un traitement actif. Quand on utilise cette échelle dans le cadre du sida, « certains signes » peut vouloir dire le passage du VIH au sida, « évidente » signifie la progression du déclin physique, de nouveaux symptômes ou des symptômes difficiles et des résultats d'analyse de laboratoire indiquant une numération faible. « Avancée » signifie une ou plusieurs complications graves, avec ou sans continuation d'un traitement actif par des antirétroviraux, antibiotiques, etc.

Le degré de maladie ci-dessus est également jugé conjointement avec la capacité de maintenir sa possibilité de travailler, de s'adonner à des passe-temps ou autres activités. Le déclin de l'activité pourrait signifier que la personne peut continuer de jouer au golf mais se limite à neuf trous alors qu'elle était capable de jouer 18 trous ou simplement un « par 3 » ou même seulement du putting dans son jardin. Les gens qui aiment marcher réduiront graduellement la distance parcourue bien qu'ils puissent continuer de s'efforcer de marcher, parfois même peu avant leur mort (comme essayer de marcher dans les couloirs).

3. Autonomie pour les soins personnels

« **Aide nécessaire occasionnellement** » signifie que, la plupart du temps, les patients sont capables de sortir du lit et d'y entrer, de marcher, de se laver, d'aller aux toilettes et de manger par eux-mêmes, mais qu'à l'occasion (peut-être une fois par jour ou plusieurs fois par semaine), ils ont besoin d'un peu d'aide.

« **Beaucoup d'aide nécessaire** » signifie que, régulièrement, chaque jour, le patient a besoin d'aide, généralement fournie par une personne, pour faire les activités notées ci-dessus. Par exemple, la personne a besoin d'aide pour aller aux toilettes mais est alors capable de se brosser les dents ou de se laver, au moins les mains et le visage. Il est souvent nécessaire de couper la nourriture en bouchées, mais le patient est alors capable de manger par lui-même.

« **Assistance requise la plupart du temps** » est une catégorie supérieure à la précédente. En utilisant l'exemple ci-dessus, le patient a maintenant besoin d'aide pour se lever, mais il a aussi besoin d'aide pour se laver le visage et se raser, mais peut généralement manger sans beaucoup d'aide ou seul. Ceci peut varier selon le degré de fatigue pendant la journée.

« **Soins complets** » signifie que le patient est entièrement incapable de manger sans aide, d'aller aux toilettes ou d'assumer ses soins personnels. Selon la situation clinique, le patient pourrait ou non être capable de mastiquer et d'avaler la nourriture une fois préparée, si on le fait manger.

4. Alimentation

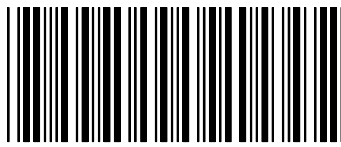
Les changements sur le plan de l'alimentation sont très évidents, « **l'alimentation normale** » signifiant les habitudes alimentaires habituelles de la personne en bonne santé. Alimentation réduite signifie toute réduction de ce niveau normal et est hautement variable selon les circonstances individuelles spécifiques. « **Réduite à des gorgées** » réfère à de très petites quantités, généralement en purée ou liquides, qui sont bien inférieures au niveau de nutrition nécessaire.

5. Niveau de conscience

« **Conscience normale** » signifie vigilance totale et orientation avec de bonnes capacités cognitives dans différents domaines de la pensée, de la mémoire, etc. « **Confus** » est utilisé pour signifier la présence soit d'un délirium soit d'une démence et correspond à un niveau réduit de conscience. Cela peut être léger, modéré ou grave, avec des étologies possibles multiples. « **Somnolence** » peut faire référence à une fatigue, aux effets secondaires d'un médicament, à la présence d'un délirium ou à la venue prochaine de la mort; cet état est parfois qualifié de *stupeur*. Le « **coma** » dans ce contexte, c'est l'absence de réactions aux stimuli verbaux ou physiques. Certains réflexes pourraient persister ou non. La profondeur du coma peut fluctuer sur une période de 24 heures.

© Information sur les droits d'auteur.

L'Échelle de performance pour patient en soins palliatifs, version 2 (PPSV2) appartient par droit d'auteur à la Victoria Hospice Society et remplace la première Échelle publiée en 1996 [J Pall Care 9(4): 26-32]. Elle ne peut pas être altérée ni utilisée de manière autre que celle prévue et décrite ici. Les programmes peuvent utiliser la version 2 de cette échelle en en citant la source. Cette Échelle est disponible en format Word électronique. Il suffit d'envoyer une demande par courriel à www.victoriahospice.org or eduohospice@viha.ca Toute correspondance devrait être envoyée au directeur médical, Victoria Hospice Society, 1952 Bay St. Victoria (C.-B.), V8R 1J8, Canada.



OBJECTIFS DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

⚠ Ce formulaire ne remplace pas le consentement aux soins.

Pour plus d'information, consulter le *Guide de discussion et d'utilisation du formulaire normalisé*.

La discussion sur les objectifs de soins fait partie des bonnes pratiques et devrait, selon le jugement clinique, être initiée et poursuivie tout au long de la trajectoire de soins de la personne. La discussion doit également avoir lieu avec toute personne qui en fait la demande ou qui mentionne avoir enregistré des Directives médicales anticipées (DMA).

DOCUMENTATION : Les décisions sont alimentées par la discussion dont les principaux éléments sont consignés au verso du formulaire, suivant l'évaluation de l'aptitude de l'utilisateur pour cette fin.

1. OBJECTIFS DE SOINS

Selon l'objectif de soins, détailler les interventions mentionnées lors de la discussion : *dialyse, hydratation, alimentation forcée ou artificielle, transfusion sanguine, etc.* **Les soins proposés doivent être, à la fois, cliniquement indiqués et cohérents avec le projet de vie de la personne.**

Objectif P – PROLONGATION de la vie par tous les soins nécessaires

Les soins proposés comprennent les interventions cliniquement indiquées.

Objectif E – ÉQUILIBRE des soins entre la prolongation de la vie et le confort

Les soins proposés comprennent les interventions cliniquement indiquées. Ils visent notamment à corriger ou à limiter la détérioration de l'état de santé de la personne et à assurer son confort physique, psychique et spirituel. Les interventions peuvent entraîner un inconfort jugé acceptable par l'utilisateur ou son représentant, le cas échéant.

Intubation d'urgence : Oui Non Documenter si d'autres soins sont jugés inacceptables compte tenu du faible potentiel de récupération et/ou des effets indésirables.

Objectif C – CONFORT de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie

Cet objectif vise d'abord le confort par tous les soins nécessaires et non la prolongation de la vie. Les soins proposés visent exclusivement la gestion des symptômes dans le but de maintenir le confort physique, psychique et spirituel. Une intervention habituellement donnée à des fins curatives peut être proposée, mais uniquement parce qu'elle représente la meilleure option pour soulager l'inconfort.

2. DÉCISION RELATIVE À LA RCR

Tenter la RCR Ne PAS tenter la RCR (Ordonnance de non-réanimation)

Documenter si la RCR n'est pas cliniquement indiquée ou si l'utilisateur refuse une tentative de RCR ou certaines manœuvres (p. ex. compressions thoraciques) :

3. TRANSFERT HOSPITALIER

Le transfert de l'utilisateur vers un centre hospitalier vise à lui offrir un soin cliniquement indiqué et cohérent avec son objectif de soins, mais qui ne peut pas être donné dans son milieu de vie ou de soins. Au terme de la discussion, l'utilisateur ou son représentant accepte ou refuse un éventuel transfert.

Accepte Refuse Documenter : _____

4. SIGNATURE

Médecin résident	Nom (lettres moulées)	N° de permis	Signature	Date(aaaa/mm/jj)
Professionnel autorisé*, précisez :	Nom (lettres moulées)	N° de permis / prescripteur	Signature	Date(aaaa/mm/jj)
Coordonnées				

5. APTITUDE ET CAPACITÉ À FORMULER UN OBJECTIF DE SOINS

Personne majeure : Apte Inapte

Personne mineure : < 14 ans ≥ 14 ans ≥ 14 ans inapte

Représentant légal* (nom, prénom, lien avec l'utilisateur et type de représentant, coordonnées):

Documenter les raisons de l'inaptitude : _____

La discussion a eu lieu avec (cocher toute case applicable): Usager Représentant** Assistant au majeur

Représentant/Assistant au majeur (nom, prénom, lien avec l'utilisateur et type de représentant, coordonnées):

6. VOLONTÉS ANTÉRIEURES OU CONCOMITANTES

(Cocher et demander une copie)

Directives médicales anticipées (DMA) Niveau de soins/Niveau d'intervention médicale (NIM) Autre : _____
 Mandat de protection Demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM) Aucune

7. DISCUSSION

A. Noter, le cas échéant :

- l'état de santé, les valeurs, les préférences, les craintes de l'utilisateur et le contexte clinique
- les informations pertinentes partagées par l'équipe soignante
- les informations relatives aux volontés antérieures ou concomitantes, aux dons d'organes, aux soins palliatifs et de fin de vie
- si la discussion a été difficile ou conflictuelle

B. Noter toute information pertinente transmise par des proches et pouvant aider à préciser les volontés de l'utilisateur.

Nom, prénom, lien avec l'utilisateur	Informations

Remettre une copie à l'utilisateur ou à son représentant

8. RÉVISION

La discussion doit être reprise sur une base régulière et doit être révisée dans les situations suivantes :

- lors d'une nouvelle admission ou si pertinent lors d'un congé
- lors d'un changement significatif de l'état de santé de l'utilisateur
- lors d'un changement de milieu de vie ou de soins
- à la demande de l'utilisateur ou, le cas échéant, de son représentant
- si l'équipe soignante signale la nécessité d'une révision
- et au moins une fois par année pour les personnes résidant en CHSLD ou en maison des aînés.

⚠ S'il y a un changement relatif à l'objectif de soins, à la RCR ou au transfert hospitalier, remplir un nouveau formulaire
Sinon, fournir les informations ci-dessous :

Date (aaaa/mm/jj)	Nom / Situation professionnelle	N° de permis / prescripteur	Signature	Information
	Médecin résident			
	Professionnel autorisé			
	Médecin résident			
	Professionnel autorisé			

* Mandataire, tuteur. Si la personne est mineure : titulaire de l'autorité parentale (père, mère, tuteur)

** Représentant légal ou, à défaut d'une telle représentation : conjoint[e] (marié[e]), union civile ou union de fait) ; proche parent ; personne qui témoigne de l'intérêt

