

## DEMANDE DE PRÉ-ADMISSION À LA MSPSE

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Nom à la naissance :</b>  |   | <b>Âge :</b>                                |
| <b>Sexe :</b>  | <b>Poids :</b>                                      | <b>Taille :</b>                             |
| <b>Diagnostic principal :</b>  |   | <b>Date du diagnostic :</b>                 |
| <b>Métastases :</b>  | <b>Localisation : (veuillez annexer le rapport)</b> |   |
| <b>Traitements reçus en lien avec ce diagnostic (chirurgie) ou autres (chimiothérapie, radiothérapie) :</b>  |   |   |
| <b>Pronostic de survie :</b>   | < 2 semaines  | < 1 mois                                    |
| <b>ECOG :</b>  |   | < 3 mois                                    |
|  | <b>PPS :</b>  | <b>KARNOFKY :</b>                           |
| <b>Symptômes actuels :</b> Douleurs difficiles à contrôler    Dyspnée à l'effort    Dyspnée au repos<br>Nausées/vomissements    Sub-occlusion/occlusion    Délirium    Oedème    Ascite    Errance<br>Incapable de faire ses transferts seuls    Anorexie sévère    Anorexie moyenne<br>Plaies (spécifier) _____<br>Troubles de comportement (spécifier) _____ |   |   |
| <b>Conditions médicales associés (actifs et inactifs) :</b> Trachéotomie    Colostomie    Sonde vésicale<br>Oxygénothérapie    Gastrostomie    Gavage    Autres _____  |   |   |
| <b>Autres maladies connues pertinentes :</b>   |   |   |
| <b>Allergies (spécifier réaction) :</b>  |   |   |
| <b>Coordonnées du médecin requérant</b>  |   |   |
| <b>Nom :</b>   |   | <b>Téléphone :</b>                          |
| <b>Spécialité :</b>  |   |   |
| <b>Adresse :</b>   |   | Cabinet privé<br>CLSC<br>Centre hospitalier |
| <b>Signature du médecin :</b>  |   | <b>Date :</b>                               |

La Maison de soins palliatifs Sercan  
Téléphone : 450-491-1912 poste 215  
50, rue Chénier, Saint-Eustache, Qc J7R 1X1  
Télécopieur :450-491-5770  
[www.maisonsercan.ca](http://www.maisonsercan.ca)

## LES CRITÈRES D'ADMISSION POUR UN LIT DE SOINS PALLIATIFS

### Unité de soins palliatifs de 7 lits

Formulaires ci-joints à compléter et acheminer à :

MSP Sercan  
a/s Cinthia Busque ou Nancy Royer  
Télécopieur : 450-491-5770

- La personne ou un membre de la famille impliqué doit être résident de la MRC de Deux-Montagnes, Mirabel ou Thérèse de Blainville.
- Le pronostic est estimé à moins de 3 mois et la personne connaît la nature de sa maladie.
- La demande d'admission a été signée par un médecin.
- La personne ou son représentant a signé le consentement.
- La personne et ses proches sont informés que tous les traitements ou investigations accessibles en vue de guérir et de modifier le cours de toute maladie ne sont plus appropriés.
- La personne ne reçoit pas de, chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse, de ponction, ne présente pas d'errance ou de trouble de comportement sous contention physique.

### DOCUMENTS IMPORTANTS À JOINDRE AVEC LA DEMANDE

- Feuille de demande de pré-adm à la MSP Sercan complétée et signée par le MD.
- Feuille sommaire de la dernière hospitalisation.
- Profil pharmacologique à jour.
- Dernières notes du médecin traitant ou du spécialiste.
- Rapport de pathologie.
- Derniers rapports d'imagerie médicales (radiographies, scan, résonance magnétique, scintigraphie osseuse, tep scan, etc.) et du diagnostic principal.
- Derniers rapports de laboratoire.
- Document : niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire complété avec un niveau de soins (objectif D) et ne pas tenter la RCR.