



# Résidence Le Monarque

41, Chemin des Presqu'îles, Plaisance (Québec) J0V 1S0  
Téléphone : 819-308-0899 – Télécopieur : 819-308-0777  
Courriel : [soins@residencelemonarque.com](mailto:soins@residencelemonarque.com)

## Soins palliatifs pour fin de vie

- Demande d'admission
- Demande de pré-admission

### Renseignements client

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

N.A.M : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne(s) contact(s)/ lien : \_\_\_\_\_

D.D.N : \_\_\_\_\_

Téléphone(s): \_\_\_\_\_

### Intervenants de soins

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

Autres professionnels: \_\_\_\_\_

CLSC/Intervenant pivot: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux

Diagnostic palliatif principal/Date: \_\_\_\_\_

Autre(s)diagnostic(s):

\_\_\_\_\_

- Stimulateur cardiaque
- Défibrillateur automatique

Allergie(s) connue(s) : \_\_\_\_\_

Pronostic:  - 1 semaine  - 4 semaines  - 3 mois

Pourcentage estimé selon l'échelle de performance en soins palliatifs PPS ou Karnofsky : \_\_\_\_\_

NIM : D signé/Formulaire joint

Dernier(s) traitement(s) reçus/Date(s) :

Chimiothérapie : \_\_\_\_\_  Radiothérapie : \_\_\_\_\_  Transfusion : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Signes/Symptômes actuels : \_\_\_\_\_

## Médication

Profil des médicaments/BCM joint

---

---

## Soins

Alimentation :  normale  dysphagie  texture/consistance : \_\_\_\_\_

Soin(s) physique(s)/Traitement(s) requis :

Pansement(s)/Plan(s) de traitement joint(s)  : \_\_\_\_\_

Sonde : \_\_\_\_\_

Autre(s) : \_\_\_\_\_

## Autonomie fonctionnelle

Autonome

Aide partielle

Aide complète

Équipement(s) requis : \_\_\_\_\_

Risques :  chute  errance  agressivité  autre(s) : \_\_\_\_\_

## Données psychosociales

Composition familiale/Proche(s) :

---

---

Problématique(s) particulière(s) :

---

---

Soins palliatifs pour fin de vie - Consentement aux critères d'admission à la Résidence Le Monarque signé et joint

Joindre tout autre(s) document(s) pertinent(s) au suivi du dossier du client; sommaire d'hospitalisation, notes médicales, PTI...

## Professionnel de la santé référent

Nom/Prénom/Profession : \_\_\_\_\_

Établissement/Téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_