

Le présent formulaire doit être rempli ainsi que le formulaire de recommandation de soins prolongés. Faxez les deux formulaires dûment remplis au 867-456-6744.

Nom de famille du patient		Prénom du patient		Date de naissance AAAA/MM/JJ	
<b>À remplir par les demandeurs de soins palliatifs</b>					
<b>Renseignements sur le médecin</b>					
Médecin demandeur			Médecin de famille		
Médecin traitant chargé de l'admission (si connu ou différent du médecin susmentionné)					
Un médecin spécialiste en soins palliatifs participe-t-il au processus? Si oui, nom du médecin spécialiste : _____					
Remarque : un médecin spécialiste en soins palliatifs participe au processus d'admission en centre de soins palliatifs.					
<b>Diagnostic</b>					
Score sur l'échelle de performance pour soins palliatifs <input type="checkbox"/> 10 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 40-50 % <input type="checkbox"/> 60-100 %				Date du diagnostic AAAA/MM/JJ	
Diagnostic principal confirmant le besoin de soins palliatifs (s'il n'a pas déjà été indiqué sur le formulaire de recommandation de soins prolongés)					
Autres diagnostics ou symptômes pertinents					
Pronostic de survie <input type="checkbox"/> < 1 mois <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> De 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois					
<b>Renseignements additionnels</b>					
Considérations d'ordre spirituel ou culturel					
Considérations en matière de fin de vie					
<b>Connaissance du</b>	<b>Patient</b>			<b>Famille</b>	
Diagnostic confirmant le besoin de soins palliatif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas savoir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas savoir
Pronostic de survie avec soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas savoir	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas savoir