

Êtes-vous un ou une professionnel.le de soins de santé qui a besoin d'aide pour soigner des patients en soins palliatifs?

L'Équipe régionale de consultation en soins palliatifs de Champlain est là pour vous appuyer.

L'Équipe régionale de consultation en soins palliatifs constitue un partenariat entre Soins continus Bruyère et Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain. Nous représentons une équipe interprofessionnelle d'experts en soins palliatifs, y compris des infirmières praticiennes, des infirmières de pratique avancée, des infirmiers spécialisés et des médecins.

Critères de renvoi

Pour être admissible à nos services de soutien, le ou la patient.e doit :

- 1) avoir une maladie évolutive limitant l'espérance de vie et avoir besoin d'aide pour effectuer au moins l'une des tâches suivantes :
 - gérer les symptômes de la maladie limitant l'espérance de vie;
 - prendre des décisions ou discuter du plan de soins (on a déjà lancé les discussions ou le fournisseur de soins primaires a accepté de participer aux discussions);
 - fournir des soins de fin de vie;
- 2) recevoir des services de soins infirmiers de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain (ou un renvoi a été envoyé en son nom) ou avoir accès à des services de soins infirmiers 24 heures sur 24 à la maison de retraite ou dans le cadre d'un programme de soins à domicile;
- 3) avoir un fournisseur de soins primaires qui demeure le fournisseur ayant la plus grande responsabilité en maintenant un contact régulier avec lui ou elle.

En cas d'urgence seulement après les heures d'ouverture normales, le fournisseur de soins primaires doit être disponible pour recevoir des appels des conseillers de l'Équipe régionale de consultation en soins palliatifs ainsi que pour remplir le certificat de décès médical, le cas échéant.

Si le fournisseur de soins primaires n'effectue pas de visites à domicile, l'Équipe régionale de consultation en soins palliatifs peut intervenir, pourvu que le fournisseur de soins demeure au courant de la prestation des soins fournis au patient.

Champlain
Regional Palliative
Consultation Team


Équipe régionale
de consultation en
soins palliatifs
de Champlain

Nous offrons aux professionnels des soins de santé de l'expertise en soins palliatifs, notamment :

- ➔ Services de consultation en soins palliatifs 24 heures sur 24, sept jours sur sept
- ➔ Soutien de collaboration pour gérer des symptômes complexes et fournir des soins de fin de vie
- ➔ Éducation, encadrement et mentorat en soins palliatifs avancés

Formulaire de renvoi

Téléphone : 613 562-6397 ou Sans frais : 1 800 651-1139
Télécopieur : 613 562-6394 ou Sans frais : 1 844 689-1768

- ✓ Assurez-vous de remplir toutes les sections **avant** de soumettre le renvoi par télécopieur. Toute soumission manquant des détails sera renvoyée, ce qui retardera le processus de triage.
- ✓ Si vous avez besoin d'aide immédiatement, veuillez nous appeler une fois que vous avez envoyé le renvoi par télécopieur.
- ✓ Notre délai de réponse peut varier : Si le ou la patient.e a besoin de faire l'objet d'une évaluation immédiatement ou si vous voulez obtenir des conseils par téléphone pour savoir comment gérer votre situation, n'hésitez pas à communiquer avec nous **24 heures sur 24, sept jours sur sept.**

Nom du ou de la patient.e				Date de naissance	
Nom de l'organisme (le cas échéant)					
Adresse municipale				App. / Unité / Chambre	
Ville		Code postal		Téléphone	
Numéro de la carte Santé				Code de version	
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (Précisez.)			Besoin d'un interprète de langage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (Précisez.)					

Fournisseur de soins primaires qui suit le ou la patient.e dans la communauté

Nom			Numéro de facturation (si connu)	
Téléphone (bureau)		Téléphone (ligne privée)		Télécopieur
Après les heures d'ouverture normales / cellulaire *				
seulement pour les membres de l'Équipe régionale de consultation en soins palliatifs				

Professionnel procédant au renvoi : **Êtes-vous le fournisseur de soins primaires?** Oui Non

Nom		Organisme	
Téléphone		Télécopieur	

Si vous êtes le fournisseur de soins primaires, passez à la section État actuel des services de soins à domicile du ou de la patient.e, ci-dessous.

Le fournisseur de soins primaires est au courant du renvoi?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre rôle	<input type="checkbox"/> Bureau du fournisseur de soins primaires	<input type="checkbox"/> Coordonnatrice ou coordonnateur de soins	<input type="checkbox"/> Organisme fournisseur de services
Lieu	<input type="checkbox"/> Hôpital (Précisez.)	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs (Précisez.)	<input type="checkbox"/> Foyer de soins de longue durée
	<input type="checkbox"/> Maison de retraite ou foyer de groupe	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez.)	

Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain
et **Soins continus Bruyère** fournissent tous les services.

Nom du ou de la patient.e _____ Date de naissance _____

État actuel des services de soins à domicile du ou de la patient.e

Vous avez déjà soumis le formulaire de renvoi pour obtenir des services de soins à domicile ou vous recevez déjà des services de soins à domicile? Oui Non Je ne sais pas.

Diagnostic (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)

<input type="checkbox"/>	Cancer	Site primitif	
		Site métastatique	
<input type="checkbox"/>	Défaillance d'un organe en phase terminale	<input type="checkbox"/> Pneumopathie	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
		<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Cirrhose du foie
<input type="checkbox"/>	Maladie neuro-dégénérative	<input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique	<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson
		<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez.)
<input type="checkbox"/>	Démence et faiblesse		
<input type="checkbox"/>	Autre (Précisez)		

Autres renseignements

Échelle de performance pour patients en soins palliatifs	%	Taux de détérioration	<input type="checkbox"/> Une fois par jour	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine
			<input type="checkbox"/> Une fois par mois	
Pronostic	<input type="checkbox"/> Jours	<input type="checkbox"/> Semaines	<input type="checkbox"/> Mois	<input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.

Raisons de consultation

<input type="checkbox"/>	Symptômes palliatifs (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements	<input type="checkbox"/> Délire
		<input type="checkbox"/> Autres (Précisez.)			
<input type="checkbox"/>	Soins en fin de vie	Pour les patients mourants, établissez des mesures de soutien pour les soins à domicile ou communiquez avec nous pour en discuter.			
<input type="checkbox"/>	Discussions sur la prise de décisions et le plan de soins	A-t-on lancé les discussions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. S'il s'agit de la seule raison de consultation et vous avez répondu par « Non » ou « Je ne sais pas », nous demandons au fournisseur de soins primaires de participer à la première discussion.			

Formulaire de renvoi

Téléphone : 613 562-6397 ou Sans frais : 1 800 651-1139
Télécopieur : 613 562-6394 ou Sans frais : 1 844 689-1768

Nom du ou de la patient.e _____ Date de naissance _____

Sensibilisation du ou de la patient.e et du soignant et autres renseignements sur les soins palliatifs

Connaissent-ils le diagnostic et le pronostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas.	Sont-ils au courant du renvoi par l'Équipe régionale de consultation en soins palliatifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le ou la patient.e fait-il ou fait-elle l'objet de suivis par un autre fournisseur de soins palliatifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le ou la patient.e a-t-il ou a-t-elle été dirigé.e vers un autre fournisseur de soins palliatifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres commentaires, préoccupations et renseignements