



**Maison Les couleurs du vent**

1489 rue Mooney Ouest,  
Thetford Mines, Qc  
G6G 8A5  
Tél : (418) 755-1732

Transmettre par courriel : [admission@lescouleursduvent.org](mailto:admission@lescouleursduvent.org)

**Demande d'admission**

**Besoin :**

- Hébergement
- Répit (14 jours)
- Ajustement Rx (14 jours)

Provenance :  Domicile     Hôpital  
Demande AMM en cours :  Oui     Non

**Ce formulaire doit être complété et soumis par un professionnel de la santé.**

**Renseignements sur la personne**

Nom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Personne contact : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Diagnostic palliatif primaire**

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Métastases : \_\_\_\_\_

**Évolution : Évolution de la maladie/ autres pathologies pertinentes**

---

---

---

---

Motif ayant mené à la demande : \_\_\_\_\_

**Liste des problèmes cliniques actuels**

- Comportement perturbateur
- Chutes
- Délirium hypo/hyperactif
- Troubles cognitifs

---

---

---

**Spécifiez tous les traitements qui ont échoué pour le soulagement des symptômes parce que non tolérés ou inefficaces (Rx; dose; date d'arrêt; raison)**

---

---

---

---

## ATCD médicaux et chirurgicaux pertinents

---

---

---

---

**Allergie :** \_\_\_\_\_

## Information relative au consentement

La personne et ses proches sont informés du diagnostic :  Oui  Non

La personne et ses proches sont informés du pronostic :  Oui  Non

État psychologique et affectif de la personne face à la maladie : \_\_\_\_\_

---

## Documents à joindre (si disponible) :

- Profil pharmacologique
- FADM
- BCM de départ
- Derniers résultats de laboratoire et rapports pathologiques/cytologiques
- Résultats SARM/ ERV/ C. diff, Covid s'il y a lieu
- Rapports de consultation médicale, professionnelle
- Rapports d'imagerie
- Dernières notes médicales, infirmières, intervenants au dossier
- Formulaire de niveau de soins

**Durée estimée du pronostic :** \_\_\_\_\_

**Signature du médecin :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_ **# Permis :** \_\_\_\_\_

## Évaluation des soins (À remplir par l'infirmière ou un professionnel de la santé)

### Autonomie fonctionnelle :

Vue : \_\_\_\_\_ Ouïe : \_\_\_\_\_ Élocution : \_\_\_\_\_

AVQ	Seul	Avec aide	Avec aide totale	Commentaire (au besoin)
Se nourrir				
Boire				
Se laver				
S'habiller				
Élimination urinaire				
Élimination fécale				
Mobilité				
Communiquer				

Problème de bouche et traitement en cours : \_\_\_\_\_

Selles :  Normal  Constipation  Diarrhée Dernière selle : \_\_\_\_\_

Aide à la mobilité :  Canne  Marchette  Déambulateur  Chaise roulante

Score PPSv2 (%) : \_\_\_\_\_

### Soins requis/ Appareils techniques

Pansement Spécifier plaies/sites : \_\_\_\_\_

Stomie autres  Gastrostomie  Colostomie  Néphrostomie

Sonde Installée le \_\_\_\_\_

Trachéotomie  O2 \_\_\_\_\_ L/min  PleurX  CPAP  BiPAP

Nutrition entérale  Type d'aliments/ textures : \_\_\_\_\_

TNG  PICC Line  Port-a-cath  Autre : \_\_\_\_\_

Pacemaker (+/- défibrillateur) : A-t-il été désactivé?  Oui  Non Pourquoi : \_\_\_\_\_

### Intervenant(s) au dossier :

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Infirmier : \_\_\_\_\_

Travailleur social : \_\_\_\_\_

Pharmacie actuelle : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date d'évaluation : \_\_\_\_\_

Nom/ prénom : \_\_\_\_\_

# de tél : \_\_\_\_\_