



<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</b>  <b>Québec</b>	DATE: <input type="text"/>	N° Dossier:	Date naissance:	Sexe:	
	<input type="text"/>  EST40119	Nom, Prénom:	Nom de la mère:	Adresse:	
Téléphone:		NAM:			Expiration:

## REPÉRAGE DE LA CLIENTÈLE POUVANT BÉNÉFICIER D'UNE APPROCHE PALLIATIVE

### Étape 1 - Post rencontre PII - Identification de la clientèle pouvant bénéficier d'une approche palliative

Expression de volontés de l'usager versée au dossier :  DMA  NIM/NS \_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

#### QUESTION SURPRISE

1. Seriez-vous surpris d'apprendre le décès de ce résident dans la prochaine année ?  
 oui  non  peut-être Si la réponse est NON procédez à l'étape 2-3A-3B

#### QUESTION OPTIONNELLE

2. Seriez-vous surpris d'apprendre que ce résident est encore en vie dans un an ?  
 oui  non  peut-être

En cas de peut-être : réévaluation prévue dans : \_\_\_\_\_

**ÉTAT FONCTIONNEL** de l'usager à l'aide de PPS (échelle de performance pour les patients en soins palliatifs)

Score :

Score supérieur à 30 et inférieur à 70 → Approche palliative

Score égal ou inférieur à 30 → Programme de fin de vie

Section complété par :

\_\_\_\_\_  
Nom Titre d'emploi Signature Date

### Étape 2 - Évaluation

#### OUTILS D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES, VERSION AUTORISÉE DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (ESAS-R/ESE-R)

1. Est-ce que l'usager peut compléter l'ESAS-R ?

oui  non ESAS-R complété le : \_\_\_\_\_

2. **Si** présence de douleur détectée dans l'ESAS-R et que l'usager **PEUT** répondre à des questions sur sa douleur :  
Compléter le **PQRSTUV** et **thermomètre d'intensité de la douleur**. Fait le : \_\_\_\_\_

3. **Si** vous suspectez de la douleur, mais que l'usager **NE PEUT PAS** répondre à des questions sur sa douleur :  
PACSLAC complété le : \_\_\_\_\_ Déterminer la fréquence : \_\_\_\_\_

**Commentaires spécifiques en lien avec l'évaluation (suivi, ...)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Section complété par :

\_\_\_\_\_  
Nom Titre d'emploi Signature Date



Nom de l' usager:

N° Dossier:

**Étape 3A - Planification par ASI en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire**

Résident :

---



---

Famille :

---



---

**DISCUSSION CLINIQUE AVEC LE MÉDECIN (NIM, RX, etc.)**


---



---



---

Section complété par :

Nom

Titre d'emploi

Signature

Date

**Étape 3B - Intervention et suivi**
**RÉFÉRER VERS INTERVENANT(S) SUIVANT(S) :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pharmacien                          | <input type="checkbox"/> Travailleur social              |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute                      | <input type="checkbox"/> Conseillère en soins inf.       |
| <input type="checkbox"/> Thérapeute en réadaptation physique | <input type="checkbox"/> Conseillère cadre en soins inf. |
| <input type="checkbox"/> Intervenant en soins spirituels     | <input type="checkbox"/> Infirmière ressource            |
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste                      | <input type="checkbox"/> Bénévoles Albatros              |
| <input type="checkbox"/> Technicien en loisirs               |  |

**SUIVI :**

- PTI ajusté  
 Plans de travail modifiés  
 Rencontre d'équipe planifiée sur l'étape (PAB, inf. Aux.)  
 Courriel type envoyé aux intervenants  
 Programme d'accompagnement en fin de vie débuté si  $\leq 30$   
 Rencontre avec le résident et/ou sa famille  
 PII de fin de vie planifié  
 Révision de la médication  
 Autre : \_\_\_\_\_

Section complété par :

Nom

Titre d'emploi

Signature

Date

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES