

J'ai eu l'information concernant la philosophie de soins de la Maison de soins palliatifs et centre de jour St-Raphaël (Maison St-Raphaël) et j'accepte qu'une demande d'admission y soit envoyée en mon nom. Je comprends que je peux annuler cette requête à tout moment.

Je comprends que les objectifs de soin et les traitements de la Maison St-Raphaël sont les suivants :

- Soulager mes souffrances physiques, psychologiques et spirituelles;
- M'accompagner, mes proches et moi, avec dignité et respect au cours de mes derniers jours.

Cela signifie que :

- Il n'existe plus aucun traitement possible pour guérir ma maladie, mais tout sera mis en œuvre pour soulager la douleur et les autres symptômes, afin de maximiser mon confort et mon bien-être;
- Aucune procédure médicale invasive ne sera effectuée visant à prolonger la vie.
- En cas d'arrêt cardiaque, aucune réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou autre procédure médicale d'urgence ne sera effectuée.

Je comprends que :

- **La Maison St-Raphaël n'est pas un établissement de soins de longue durée;**
  - Mon espérance de vie a été évaluée par mon équipe médicale à moins de trois (3) mois;
  - Si mon état de santé se stabilise ou s'améliore considérablement (selon l'évaluation effectuée par l'équipe soignante), on me transférera vers une ressource adaptée à mes besoins;
- La Maison St-Raphaël dispose d'un code d'éthique, afin de garantir un environnement paisible et d'optimiser la qualité de vie des patients et de leur famille, ainsi que des employés;
- La Maison St-Raphaël est un environnement sans fumée;
  - Je comprends que je ne peux fumer que dehors, dans la zone désignée à cet effet. Si je ne peux pas y aller par moi-même, ma famille ou mes proches m'accompagneront. Ces mêmes règles s'appliquent à l'utilisation de la cigarette électronique et l'inhalation de cannabis;
- J'autorise l'équipe de soins de santé de la Maison St-Raphaël à accéder aux informations nécessaires pour me fournir les services dont j'ai besoin et à transmettre ces informations, en toute confidentialité, à tout professionnel de la santé impliqué dans mes soins;
- Les soins fournis à la Maison St-Raphaël sont gratuits, mais je serai responsable du coût de mes médicaments, que ce soit via une assurance privée ou gouvernementale (RAMQ), des produits d'incontinence (si besoin), et des produits d'hygiène personnelle (si besoin) et certains équipements médicaux de pointe (par exemple : tubulures, bouteilles Pleurex ainsi que les surfaces préventives);
- J'autorise la pharmacie qui collabore avec la Maison St-Raphaël à ouvrir un dossier de traitement à mon nom;
- J'autorise la Maison St-Raphaël à disposer comme il se doit de mes médicaments, y compris les opioïdes et les substances contrôlées.

J'ai lu et j'ai compris le consentement à l'admission de la Maison St-Raphaël.

\_\_\_\_\_  
Nom du patient ou de la patiente  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou de la patiente

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant ou du responsable  
légal si le patient ou la patiente est incapable  
de donner son consentement ou de signer en  
raison d'une maladie ou d'une incapacité  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant ou du  
responsable légal

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du professionnel de la santé  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Date

## CONSENTEMENT À LA COLLECTE, LA DIVULGATION ET À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS ET DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, NOTAMMENT SENSIBLES

*Consentement à l'utilisation des renseignements personnels :*

Conformément aux modalités prévues à la **Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels (communément appelée « Loi 25 »)**, je consens à l'utilisation par la Maison de soins palliatifs et centre de jour St-Raphaël (Maison St-Raphaël) des renseignements personnels qu'elle détient sur moi, notamment les renseignements personnels sensibles de nature médicale, biométrique ou autrement intime, afin de m'informer de ses événements, me solliciter pour une contribution financière, confirmer une transaction (notamment par carte de crédit ou débit) ou un engagement bénévole pour la cause, m'informer de ses développements, me remercier ou reconnaître ma contribution. Je consens également à ce que la Maison St-Raphaël collecte, divulgue, communique et échange les renseignements personnels précédemment obtenus à une tierce partie pour effectuer les actions prévues précédemment sous réserve d'un engagement de confidentialité obtenue de cette tierce partie.

Par ailleurs, il est possible que les renseignements personnels collectés soient communiqués à l'extérieur du Québec (SI APPLICABLE-exemple : organisation pan canadienne, serveur situé à l'extérieur du Québec, etc.).

Pour connaître l'ensemble des engagements de la Maison St-Raphaël en matière de confidentialité, veuillez consulter la politique de confidentialité accessible de la façon suivante : <https://maisonstraphael.org/confidentialite>

En tout temps, vous pourrez retirer votre consentement à la collecte, la divulgation et à l'échange de renseignements personnels. Vous pouvez aussi demander la rectification et l'accès aux renseignements vous concernant en communiquant avec le responsable des renseignements personnels aux coordonnées suivantes :

Mme Olivia Lévêque  
Directrice générale  
Maison St-Raphaël  
6005, chemin Deacon  
Montréal (Québec) H3S 2P4  
Courriel : [olivialeveque@maisonstraphael.org](mailto:olivialeveque@maisonstraphael.org)  
Tél. : 514-736-2001 poste 300

**Je consens à ce que la Maison St-Raphaël utilise mes renseignements personnels tel que décrit ci-haut.**

Nom :

Date :