

Nom Name : _____

ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION
IDENTIFICATION LABEL

Référence à la Clinique de gestion de symptômes Symptom Management Clinic Referral

Pour toutes questions, contactez Lorraine Brown, infirmière clinicienne responsable de la Clinique, au 514 736-2001, poste 329
For any questions, please contact Lorraine Brown, nurse clinician in charge of the Clinic, at 514-736-2001, ext. 329

Démographique du patient-e Patient Demographic			
Nom Name :		Prénom First Name :	
		<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	
N° RAMQ Health Insurance Number :		Date de naissance Date of birth :	
Adresse Address :		Téléphone Phone :	
Langues parlées Languages :		État civil Marital Status :	
Est-ce que le ou la patient-e est informé-e de cette demande? Is the patient aware of this referral? <input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No			
Est-ce que le ou la patient-e est connu-e du Centre de jour de la Maison St-Raphaël? Is the patient known by Maison St-Raphaël Day Centre? <input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No			
Contact d'urgence Emergency Contact			
Nom Name	Lien Relationship	Téléphone (1) Phone	Téléphone (2) Phone
Pharmacie Pharmacy			
Nom Name	Adresse Address	Téléphone Phone	Télécopieur Fax
Diagnostic et traitements Diagnosis and Treatments			
Diagnostic Diagnosis :		Date du diagnostic Date of diagnosis :	
Maladie métastatique Metastatic disease : <input type="checkbox"/> Non No <input type="checkbox"/> Oui (spécifier) Yes (specify) : _____		Pronostic Prognosis <input type="checkbox"/> Semaines à < 3 mois Weeks to < 3 months <input type="checkbox"/> > 3 mois > 3 months <input type="checkbox"/> > 1 an > 1 year	
PPS (voir annexe) PPS (see annex) : _____%		Niveau de soins Level of care <input type="checkbox"/> Discuté Discussed <input type="checkbox"/> Non discuté Undiscussed	
Si ce n'est pas un cancer, expliquez la progression récente de la maladie If it is not cancer, please explain the recent progression of the illness : _____			
Autres antécédents médicaux et chirurgicaux Other medical and surgical history : _____			
Traitements Treatments			
<input type="checkbox"/> Radiothérapie Radiotherapy <input type="checkbox"/> Anticipée Anticipated <input type="checkbox"/> En cours Ongoing <input type="checkbox"/> Terminée Completed	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie Chemotherapy <input type="checkbox"/> Anticipée Anticipated <input type="checkbox"/> En cours Ongoing <input type="checkbox"/> Terminée Completed	<input type="checkbox"/> Immunothérapie Immunotherapy <input type="checkbox"/> Anticipée Anticipated <input type="checkbox"/> En cours Ongoing <input type="checkbox"/> Terminée Completed	<input type="checkbox"/> Chirurgie Surgery <input type="checkbox"/> Date date : _____ <input type="checkbox"/> Date inconnue Unknown date <input type="checkbox"/> Terminée Completed
<input type="checkbox"/> Autre Other : _____			
Raison de la demande Reason for the referral			
<input type="checkbox"/> Douleur Pain <input type="checkbox"/> Dyspnée Dyspnea <input type="checkbox"/> Toux Cough <input type="checkbox"/> Nausées Nausea	<input type="checkbox"/> Vomissements Vomiting <input type="checkbox"/> Ascites Ascites <input type="checkbox"/> Délirium Delirium <input type="checkbox"/> Convulsions Seizures	<input type="checkbox"/> Anorexie/cachexie Anorexia/cachexia <input type="checkbox"/> Insomnie / somnolence Insomnia / drowsiness <input type="checkbox"/> Constipation / diarrhée Constipation / diarrhea <input type="checkbox"/> Détresse psychologique (anxiété, dépression) Psychological distress (anxiety, depression)	
<input type="checkbox"/> Autre(s) (spécifiez) Other(s) (specify) : _____			

Suivi demandé *Requested Follow-up*

- Consultation ou suivi conjoint avec équipe traitante** *Consultation or joint follow-up with the treating team*
- Prise en charge complète (niveau D, plus de traitement actif)** *Full management (Level D, no active treatments)*

Documents à envoyer avec la demande *Documents to send with the referral*

- Imagerie** *Imaging*
- Radiographie X-Ray** **Imagerie par résonance magnétique MRI** **Échographie Ultrasound**
- Tomodensitométrie CT Scan** **Tomographie par émission de position PET Scan** **Scintigraphie osseuse Bone Scan**
- Autre (spécifier)** *Other (specify) :* _____
- Résultats de laboratoires et analyse microbiologique** *Laboratory results and microbiological analysis*
- Rapport de pathologie (si cancer)** *Pathology report (if cancer)*
- Consultations** *Consultations*
- Notes évolutives** *Progress notes*
- Sommaire médical** *Medical summary*
- Niveau de soins** *Level of care*
- Liste de médicaments** *Medication list*

Coordonnées et signature du référent *Contact details and signature of the referring provider*

Nom du référent *Name of referring provider :* _____

Téléphone *Phone :* _____

- Je confirme que le ou la patient-e répond aux critères d'inclusions et ne présente aucun critère d'exclusion**
I confirm that the patient meets the inclusion criteria and presents no exclusion criteria

Nom du médecin référent
Referring physician's Name

Signature du médecin référent
Referring physician's signature

N° permis
License No.

Date (AAAA/MM/JJ)
Date (YYYY/MM/DD)

SVP faire parvenir votre requête à l'attention de Lorraine Brown à cliniquegds@maisonstraphael.org ou par télécopieur au 438-375-6947

Please send your request to the attention of Lorraine Brown at cliniquegds@maisonstraphael.org or by fax at 438-375-6947

Critères d'admissibilité *Eligibility Criteria*

- ❖ **Avoir 18 ans et plus**
Be aged 18 years or older
- ❖ **Résider sur le territoire montréalais ou dans ses banlieues**
Live in Montréal or in the surrounding suburbs
Être capable de se déplacer à la clinique
Be able to travel to the clinic
- ❖ **Être atteint d'une maladie incurable en progression**
Have a progressive, incurable illness
- ❖ **Présenter des symptômes difficiles à contrôler qui nuisent au confort ou au bien-être**
Experience hard-to-control symptoms that negatively impact comfort or well-being
- ❖ **Être référé-e par un médecin ou un infirmière praticienne spécialisée (IPS)**
Be referred by a physician or nurse practitioner (NP)

Critères d'exclusion *Exclusion Criteria*

- ❖ **Avoir des symptômes déjà bien contrôlés**
Have already well controlled symptoms
- ❖ **Être déjà suivi par une autre clinique de gestion de symptômes ou avoir un médecin à domicile**
Already being followed by another symptom management clinic, or having a home physician
- ❖ **Avoir un diagnostic principal de maladie neurodégénérative ou de douleurs chroniques**
Have a primary diagnosis of a neurodegenerative disease or of chronic pain condition

Annexe
PPS

Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPSv2)					
Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail : normaux Aucune manifestation de maladie	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail : normaux Certains signes de maladie	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort Certains signes de maladie	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement Maladie évidente	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps / tâches ménagères Maladie évidente	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis / couché	Incapable de faire tout le travail Maladie avancée	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités Maladie avancée	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité Maladie avancée	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité Maladie avancée	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité Maladie avancée	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-