

Consentement préalable à l'admission en soins palliatifs

À lire avec l'utilisateur et/ou à ses proches

- On m'a expliqué que :
 - Si je réponds aux critères d'admissibilité de la MSP Sercan, toute demande d'AMM sera recevable.
 - L'objectif est de donner pour les personnes malades et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible.
 - Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, sans hâter ni retarder la mort, en atténuant la douleur, les inconforts physiques et les souffrances morales.

Ceci implique :

- Qu'il n'y a plus de traitement possible pour guérir la maladie.
 - Qu'il n'y aura pas de réanimation cardio-respiratoire ou des traitements qui deviendraient de l'acharnement thérapeutique (exemple : transfusions sanguines, solutés, chimiothérapie, médication intra-veineuse).
- On m'a expliqué :
 - Que la chambre en soins palliatifs n'est pas un lieu d'hébergement de longue durée et que la chambre qui m'est attribuée ne peut être changée durant mon séjour.
 - Que mon état sera réévalué de façon périodique (après 3 mois) et qu'au besoin, je serai réorienté dans une ressource mieux adaptée.
 - Que le médecin me visitera selon l'évolution de ma maladie.
 - Qu'une équipe de soins est disponible 24/24 hrs.
 - Que lors d'un transfert en fin de vie imminente, il y a une possibilité de décès pendant le transport, à mon arrivée à la MSP ou peu de temps après mon admission.
 - On m'a expliqué qu'il n'y a aucun frais de séjour mais, si possible, une contribution monétaire serait appréciée (soit par jour ou par semaine). Un reçu d'impôt pour don sera remis.
 - Je m'engage à respecter ces conditions.
 - J'accepte que les informations pertinentes contenues à mon dossier médical soient transmises, afin que mon dossier soit étudié pour une pré-admission pour un lit en soins palliatifs. Il me sera possible d'annuler cette demande de pré-admission en tout temps par un avis verbal à un intervenant de l'équipe.

_____ Date : _____
Signature de l'utilisateur

_____ Date : _____
Signature du représentant légal / personne autorisée

_____ Date : _____
Nom de l'intervenant

_____ Date : _____
Signature de l'intervenant