



1110 rue Jean Talon Est, bur. 301
Montréal, Québec H2R 1V9
514 272-7200

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EXTERNE

Le programme **Maison Mobile** de la Société de soins palliatifs à domicile a été conçu pour fournir un soutien palliatif aux personnes souffrant de maladies qui affectent leur espérance de vie et qui vivent en situation d'itinérance ou de grande précarité de logement.

Critères de référence

- Personne en situation d'itinérance ou logée de manière vulnérable
- Personne souffrant d'une maladie pouvant compromettre l'espérance de vie
- Personne vivant des difficultés d'accès aux services généraux de soins palliatifs

Maison Mobile est en mesure d'accepter un nombre limité de patients dans le programme, ils doivent donc remplir tous les critères de référence, dans la mesure du possible et de vos connaissances du dossier médical.

Nous examinerons la demande et vous contacterons pour vous informer de son statut.

Veuillez noter que lorsque la demande de référence est acceptée, les informations suivantes seront demandées :

- Liste des médicaments
- Résultats récents des analyses de laboratoire (si disponible)
- Rapport de pathologie (si disponible)
- Notes de consultation récentes
- Notes sur les dossiers concernés

Veuillez inclure toute information qui nous aidera à déterminer si la personne référée correspond à nos critères d'admissibilité.

Merci!

**Soumettre la demande complétée par télécopieur
au 514 272-0134 ou par courriel au info@sspad.ca.**

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EXTERNE

Date de la référence : _____

Source de la référence

Nom, prénom

Titre

Numéro de téléphone

Courriel

Médecin référent

Nom de l'organisation

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Informations sur la personne référée

Prénom

Nom

Date de naissance

Sexe

Identité de genre

Numéro de RAMQ (si disponible)

Expiration

Numéro de téléphone (si disponible)

Autre moyen de contact

Adresse ou lieu connu

Type d'hébergement Autre

Identification à une communauté autochtone

☐

Oui

☐

Non

Si oui, laquelle : _____

Raisons empêchant l'accès aux services de soins palliatifs

- | | |
|--|---|
| ☐ Santé mentale | ☐ Précarité sociale |
| ☐ Aucune RAMQ (ou non à jour) | ☐ Utilisation d'alcool |
| ☐ Utilisation de tabac | ☐ Utilisation de drogues |
| ☐ Difficulté à coordonner les services requis | |
| ☐ Difficulté à communiquer avec l'utilisateur | |

Raisons de la référence (exemple : soulagement de la douleur)

État du logement ou du milieu de vie (si applicable)

Condition de santé (maladie menaçant la vie)

- | | |
|--|---|
| ☐ Insuffisance rénale avancée (pré-dialyse ou dialyse) | |
| ☐ Insuffisance cardiaque avancée (décompensation fréquente, essoufflement au repos ou à l'effort léger) | |
| ☐ Maladies dégénératives du système nerveux avec atteinte de l'autonomie | |
| ☐ Grand âge accompagné d'une perte d'autonomie importante | |
| ☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | |
| ☐ Démence avancée | ☐ Insuffisance hépatique avancée |
| ☐ Fibrose pulmonaire avancée | |
| ☐ Cancer | Lequel : _____ |
| ☐ Autres : _____ | |

Date du diagnostic : ____ ____ ____

Pronostic (si connu) : _____

Pronostic connu de l'utilisateur : ☐ Oui ☐ Non

Y-a-t-il un spécialiste impliqué? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel? : _____

Coordonnées : _____

Consommation de substances (si applicable)

Type : _____

Quantité : _____

Fréquence : _____

Antécédents médicaux connus

Soins spécifiques (exemple : pansements)

Autres informations pertinentes
