



Programme de soutien et de soins palliatifs cardiaques (PSSPC) de l'ICUO : demande de consultation

Raisons possibles de la demande :

- Gestion des symptômes
- Planification préalable des soins, discussion au sujet des objectifs de soins
- Soutien émotionnel / composer avec une maladie mortelle
- Aiguillage vers des ressources locales et coordination
- Soutien pour les proches aidants

Si le patient est hospitalisé, un appel téléphonique entre le médecin traitant/de soins palliatifs et le PSSPC serait à considérer tôt dans le processus de planification du congé. Si la demande est urgente (première consultation requise en moins d'une semaine), veuillez confirmer la disponibilité des services auprès du PSSPC au 613-696-7000, poste 14188.

Envoyez le formulaire rempli par télécopieur au 613-696-7138 ou par courriel à supportivecare@ottawaheart.ca.

Veillez inclure les plus récents :

- Résultats d'analyses sanguines
- Examens d'imagerie thoracique
- Examens cardiaques
- Notes de consultation des spécialistes
- Notes de l'hôpital

Nom du patient :

Ville :

Date de naissance :

Province :

Genre :

Code postal :

Âge :

Téléphone (domicile) :

N° de carte Santé :

Téléphone (cellulaire) :

Adresse :

Médecin orienteur :

Adresse :

N° de l'OMCO :

Ville :

Téléphone :

Province :

Télécopieur :

Code postal :

Date de la demande :

Numéro de facturation :

Fournisseur de soins primaires :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Province :

Télécopieur :

Raisons de la demande de consultation*

Cochez toutes les réponses pertinentes :

- Gestion des symptômes
- Planification préalable des soins, discussion au sujet des objectifs de soins
- Soutien émotionnel / composer avec une maladie mortelle
- Aiguillage vers des ressources locales et coordination
- Soutien pour les proches aidants
- Autre

Diagnostic de maladie cardiaque en phase terminale

Veillez fournir autant de renseignements que possible.

Date du diagnostic initial :

Classification de la NYHA :

- Aucun symptôme ou limitation dans les activités normales

- Légers symptômes ou limitations dans les activités normales
- Limitations marquées même dans les activités normales
- Graves limitations, symptômes au repos, au lit la plupart du temps.

Fraction d'éjection du ventricule gauche, si connue :

Cochez toutes les réponses pertinentes :

- Plus de deux hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque congestive au cours des 12 derniers mois
- Tension artérielle systolique < 100
- Fréquence cardiaque > 100
- Dysfonction rénale
- Hyponatrémie
- Orthopnée
- Déficience cognitive
- Fatigue
- Ascite
- Épanchement pleural
- Cachexie
- Syncope

Présence d'un défibrillateur automatique implantable : Oui Non

Directives anticipées et planification préalable

Directives anticipées et planification préalable Oui Non Je ne sais pas

Patient/proche aidant au courant de la demande?

Le patient ou son proche aidant est-il au courant de cette demande de consultation?

Oui Non

Lieu où se trouve le patient en ce moment

Domicile Hôpital Résidence pour personnes âgées

Lieu où se donneront les soins

Où les soins palliatifs seront-ils donnés?

Adresse actuelle Transfert vers un autre endroit :

Participants aux soins

Est-ce que le patient habite seul?

Oui Non

Langue : Anglais Français Autre

Nom du proche aidant principal :

Numéro de téléphone du proche aidant principal : Même que celui du patient Autre

Lien de cette personne avec le patient :

Procuration relative au soin de la personne : Proche aidant principal Autre

Autres médecins participant aux soins de ce patient :