

## DEMANDE DE SERVICES DE SOINS PALLIATIFS AUPRÈS DE HOSPICE NORTHWEST

**IMPORTANT**— Il faut que le client ou que son procureur donne son consentement avant de présenter une demande de services à Hospice Northwest.

Consentement donné par le client     Consentement donné par un mandataire spécial

Date de la demande de service :    Jour .....    Mois .....    Année .....

Nom/employeur qui recommande le client : .....

Numéro de téléphone : .....

### **ENDROIT :**

Thunder Bay                       Nipigon                       Marathon                       Longlac

Geraldton                       Terrace Bay/Schreiber                       Manitouwadge

### **RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT :**

Nom du client : .....

Date de naissance du client :    Jour.....    Mois.....    Année.....

Le client est-il d'origine autochtone?  Oui                       Non

Domicile du client (adresse ou établissement et numéro de chambre) : .....

.....

Numéro de téléphone du client :  
.....

Diagnostic du client/avertissements d'ordre médical au sujet du client :  
.....

.....

.....

Pronostic : .....

Le client connaît-il le diagnostic/pronostic ?                       Oui                       Non

Le client est-il ambulatoire ?                       Oui                       Non

Échelle de performance pour soins palliatifs (voir la pièce jointe) :

.....

Historique du client (travail, passe-temps, activités, etc.) :  
.....

.....

.....

.....

La religion joue-t-elle un rôle important dans la vie du client?  Oui                       Non

Si oui, indiquer la préférence religieuse : .....

Le français est-il la langue maternelle du client?                       Oui                       Non

Sinon, indiquez la langue préférée : .....

### **RENSEIGNEMENTS SUR LE SOIGNANT :**

Nom du soignant principal ou du mandataire spécial : .....

Numéro de téléphone et adresse du soignant ou du mandataire spécial : .....

Renseignements supplémentaires sur la famille : .....

### **RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES DE SOINS PALLIATIFS ITINÉRANTS :**

Bénévole demandé :       Homme     Femme

Meilleur moment pour la visite :     Jour  Soir     Fin de semaine

Tout autre renseignement supplémentaire important : .....

## **Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPSv2)**

### **Comment utiliser l'échelle PPS :**

Le score de l'échelle de performance PPS est déterminé en consultant chaque niveau horizontalement pour trouver la « meilleure option » pour le patient. Les colonnes à gauche sont des déterminants plus « forts »; par conséquent, elles ont préséance sur les autres.

1. Commencez par la colonne de gauche pour trouver le niveau de mobilité approprié.
2. Consultez la colonne suivante pour trouver l'activité ou le signes de la maladie appropriée.
3. Consultez les colonnes d'autonomie pour les soins personnels, d'alimentation et de niveau de conscience avant d'attribuer le score PPS au patient.

### **Prendre des décisions en fonction de la « meilleure option » :**

- Utilisez seulement l'échelle PPS à intervalles de 10 % (p. ex. n'attribuez pas un score de 45 %).
- Parfois, une ou deux colonnes semblent facilement correspondre à un niveau, tandis qu'une ou deux autres semblent préférables pour des niveaux inférieurs ou supérieurs. Dans ces cas-là, utilisez votre jugement clinique et la règle de préséance touchant les colonnes à gauche pour attribuer un score plus approprié au patient.

## ÉCHELLE DE PERFORMANCE POUR PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS (PPSv2)

Niveau de performance	Mobilité	Niveau d'activité et signes 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 à l'occasion	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail Maladie avancée	Aide considérable requise	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités Maladie avancée	Aide 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	-	-	-	-

Tiré de la Victoria Hospice Society, 2006.

[www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools](http://www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools)