Nom du ou de la cliente :

Adresse :

No de l’IA :

DDN :

**LISTE DE PRÉPARATION AU DÉCÈS À DOMICILE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date (jj/mm/aa) | TÂCHES des professionnels de la santé : médecin, IP, IA, IAA, CC | DiscussionOui ou non | Initiales duProfessionnel de la santé | Avis ou télécopie |
|  | 1. **Planification préalable des soins**a. Revoir et déterminer les objectifs et des préférences du ou de la cliente et de sa famille sur les soins et sur l’endroit où les fournir.
 |  |  |  |
|  | b. Revoir et établir les directives préalables. |  |  |  |
|  | c. Inscrire les directives préalables du client. |  |  |  |
|  | d. Évaluer les besoins psychosociaux du client et de sa famille; en discuter et établir un plan. |  |  |  |
|  | e. Donner un soutien émotionnel au client et à sa famille : sentiments, craintes, souffrance morale, perte. |  |  |  |
|  | f. Vérifier les soutiens dont disposent le ou la cliente et sa famille pour contribuer aux soins à domicile. |  |  |  |
|  | g. Évaluer les besoins culturels et spirituels du client et de sa famille; en discuter et établir un plan. |  |  |  |
|  | h. Donner du soutien et des conseils sur les symptômes et sur les réactions émotionnelles. |  |  |  |
|  | i. Établir un plan de soins de relève pour les soignants naturels (y compris bénévoles en soins palliatifs). |  |  |  |
|  | j. Éducation et formation de la famille et des soignants :- À quoi s’attendre avec l’évolution de la maladie; brochure d’information *When Death Occurs at Home*;- Personnes à appeler quand l’état de santé du client change;- Consentement du client et de sa famille sur la divulgation de ses renseignements aux professionnels de la santé et au salon funéraire. |  |  |  |
|  | k. Encourager la famille à aviser le salon funéraire du plan de décès à domicile. |  |  |  |
|  | 2. **Ordonnance de ne pas ranimer**a. Discuter des directives du client et de sa famille sur la réanimation et sur d’autres interventions; |  |  |  |
|  | b. Remplir le Formulaire de confirmation de l’ordonnance et en placer une copie dans le dossier tenu à domicile; |  |  |  |
|  | c. Remplir la section du Formulaire de préparation au décès à domicile sur l’ordonnance de réanimation. |  |  |  |
|  | d. Le médecin traitant ou l’IP s’engage à aller au salon, ou le salon s’engage à aller voir le médecin ou l’IP pour signer le certificat de décès. |  |  |  |
|  | e. Le professionnel de la santé reçoit les renseignements sur le salon funéraire et remplit cette section du Formulaire de préparation au décès à domicile. |  |  |  |
|  | f. Le salon funéraire accepte d’emmener le corps même si le certificat de décès n’est pas dûment rempli et signé. |  |  |  |
|  | **4. Communications** |  |  |  |
|  | a. L’infirmière met le CC au courant du plan de préparation au décès à domicile. |  |  |  |
|  | b. L’infirmière télécopie le Formulaire de préparation au décès à domicile dûment rempli au CC pour qu’on le distribue aux professionnels de la santé. |  |  |  |
|  | c. En cas de blessure précédant le décès (chute, fracture de la hanche, etc.), l’infirmière avise le coroner avant de laisser le salon funéraire emmener le corps, en appelant le centre ouvert 24 heures sur 24 au 1‑855‑299‑4100 ou 1‑417‑314‑4100. |  |  |  |
|  | d. L’infirmière ou l’agence avise le CC et le médecin ou l’IP du décès du client et confirme au médecin ou à l’IP qu’il ou elle est responsable de signer le certificat de décès dans un délai de 24 heures. |  |  |  |
|  | e. Aviser le salon funéraire et prendre les dispositions nécessaires pour y faire transférer le corps selon les désirs de la famille. |  |  |  |
|  | **5. Documentation** |  |  |  |
|  | a. L’infirmière fait le constat du décès et remplit le Formulaire de transfert au salon funéraire. |  |  |  |
|  | b. L’infirmière remet le Formulaire de transfert au salon funéraire et le certificat médical de décès au salon pour le transfert du corps. |  |  |  |
|  | c. L’infirmière remplit le Rapport de congédiement des fournisseurs de services et le télécopie au CASC. |  |  |  |
|  | d. L’infirmière prend le dossier tenu au domicile du ou de la cliente et l’envoie au CASC. |  |  |  |

Rempli par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rempli par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rempli par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_