L'équipe de soins palliatifs d'Orléans (SPO) offre des soins palliatifs communautaires bilingues aux patients d'Orléans et de Cumberland, en Ontario, y compris les indicatifs régionaux K1C, K1W, K1E, K4A, K4B, K4C, K0A (selon la proximité d'Orléans)

Nous soutenons l'intégration précoce des soins palliatifs, en conjonction avec des traitements de modification de la maladie pour les patients et leurs familles grâce au soutien des soins palliatifs communautaires.

Nous acceptons les références pour les patients atteints de maladies mortelles qui gagneraient à être pris en charge par des services de soins palliatifs 24 heures sur 24 dans la communauté.

Nous n'avons pas de spécifique de l'échelle de performance palliative (PPS) et nous soutiendrons les patients recevant toute forme de traitement palliatif, y compris la chimiothérapie ou la radiothérapie palliative orale ou intraveineuse, y compris les patients qui n'ont pas d'ordonnance / directive DNR

Nous offrons également des consultations en soins palliatifs services dans la communauté et peut assumer le rôle de fournisseur le plus responsable sur demande.

PROCESSUS DE RÉFÉRENCE

• Patient atteint d'une maladie mortelle qui bénéficierait du soutien de soins palliatifs communautaires

• Aucun critère PPS ou nécessité d’arrêter les traitements palliatifs (chimiothérapie ou radiothérapie)

• Référence des soins palliatifs du RLISS de Champlain

• Formulaire de recommandation MD signé avec les coordonnées

• Aucun médecin de famille ou médecin de famille incapable de fournir des soins palliatifs à domicile

VEUILLEZ VOUS ASSURER CE QUI SUIT REMPLI AVANT LA RÉFÉRENCE DE TÉLÉCOPIE

• Notes de consultation / clinique les plus récentes, résumé de congé

• Imagerie diagnostique (radiographie, échographie, tomodensitométrie, IRM)

• Examens de laboratoire les plus récents

|  |
| --- |
| NOM DU MÉDECIN DE RÉFÉRENCE: |
| NUMÉRO DE FACTURATION ET NOM ET NUMÉRO DU CONTACT DU BUREAU |

|  |
| --- |
| NOM DU PATIENT |
| Adresse où les soins palliatifs doivent être fournis  Adresse postale  Code postal |
| NUMÉROS DE TÉLÉPHONE  Téléphone personnel  Autre numéro de contact |
| Numéro de carte Santé  Version Code  Date d'expiration |
| Date de naissance (mm / jj / aaaa)  Sexe |
| SERVICES DE SOUTIEN AUX PATIENTS  Gestionnaire de cas  Directeur des soins de la maison de retraite |

|  |
| --- |
| STATUT DU PATIENT AU MOMENT DE LA RÉFÉRENCE |
| OBJECTIFS DE SOINS / RAISON DE LA RÉFÉRENCE |
| URGENCE DE RENVOI: 24-48 heures ou 1-2 semaines |
| DNR: OUI ou NON PPS (%) |
| LOCALISATION ACTUELLE: |
| MALADIE LIMITANT LA VIE / PROGNOSE ANTICIPÉE |
| SITES MÉTASTATIQUES: |
| COMORBIDITÉS: |
| SYMPTÔMES ACTUELS / COMPLICATIONS DE MALADIE: |