

Inscription au Centre l'Arbre de la Vie

Maison La Cinquième Saison

6900 rue des Pins, Lac-Mégantic G6B 2M1

Tél. 819.554.8129 #211 Fax 819.554.8135

Courriel : centredejour@maison5s.org

Nom :		Prénom :	
Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	#RAMQ :	Date de naissance :	
Adresse :			
Tél :		Courriel :	
État civil :			
Nom du conjoint-e :		Tél :	
Diagnostic principal :		Diagnostic terminal : <input type="radio"/>	
Métastases :			
Traitements :	Chimio <input type="radio"/> PO <input type="radio"/> IV	Radio	Autres :
Allergies :			
Autres Diagnostics			
Diabète : <input type="radio"/> Mx PO <input type="radio"/> insuline <input type="radio"/> Épilepsie Douleur : <input type="radio"/> Contrôlée <input type="radio"/> Difficile à contrôler			
Problèmes et symptômes :			
Autorisation à la massothérapie Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Signature du médecin :	
Contre-indications à la massothérapie :			
Ordonnance de non-réanimation (si discuté)		(joindre copie datée et signée du document)	
Intervenants	Médecin de famille :		
Médecin spécialiste :			
Inf. à domicile :		Inf. pivot :	
TS :		Autres :	
Signature du médecin :			Date :



Nom de l'invité-e :

Début de fréquentation du Centre :

CES SECTIONS SONT À L'USAGE DU CENTRE- NE PAS REMPLIR

Soins infirmiers : collaboration avec services médicaux et CLSC en place

Évaluation des symptômes

☐

Recommandations infirmières

☐

Enseignement sur la médication

☐

Observations

☐

Réf : notes infirmières au dossier

Accompagnement : coll. avec services psycho-sociaux, médicaux et infirmiers en place

Groupes de discussion

☐

Dyade aidant aidé

☐

Individuel

☐

Référence

☐

Réf : notes de suivi d'accompagnement au dossier

Activités de l'invité

Massothérapie

☐

Conférences-ateliers

☐

Soins de type spa

☐

Suivi individuel

☐

Expression artistique

☐

Autre : _____

☐

Activités de la personne proche aidante

Massothérapie

☐

Conférences-ateliers

☐

Soin de type spa

☐

Groupes de paroles / suivi individuel

☐

Expression artistique

☐

Autre : _____

☐

Fin de fréquentation :

Raison :

Informations de la personne proche aidante

Nom :

Lien avec l'invité-e :

Problèmes de santé connus :

Limitations :

Allergies :

Besoins nommés :

Transport :

Début de fréquentation du Centre :

Particularités :