

# 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](mailto: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 :
<b>Diagnostic principal :</b>		<b>Diagnostic terminal :</b> <input type="radio"/>
<b>Méタstases :</b>		
<b>Traitements :</b>		Chimio <input type="radio"/> PO <input type="radio"/> IV Radio Autres :
<b>Allergies :</b>		
<b>Autres Diagnostics</b>		
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)		<b>(joindre copie datée et signée du document)</b>
<b>Intervenants</b>	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 :