**Nom du Résident :**

**Date de Naissance :** / / (JJ/MM/AAAA)

**Objectif de la conférence de planification des soins palliatifs :**

**Participants :**

**Résident présent ?**

* OUI
* NON

Remarque : Si le résident est mentalement apte à prendre des décisions de santé pour lui-même, sa présence est requise pour la tenue de la conférence de soins palliatifs. Les autres participants sont inclus uniquement si le résident y consent.

**Le mandataire futur ou actuel du résident est-il présent ?**

* OUI
* NON

Remarque : Si le résident n'est pas mentalement apte à prendre des décisions de santé, la présence de son mandataire est requise pour la conférence de soins palliatifs. Si le résident est incapable mentalement de prendre des décisions, le mandataire de premier rang selon la Loi sur la capacité et le consentement aux soins (Ontario) prendra les décisions pour le résident.

**Professionnels de la santé et membres de la famille**

(Les membres de la famille peuvent assister UNIQUEMENT si le résident capable ou le mandataire du résident incapable est d'accord)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  | **Profession/Poste/Lien de parenté :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Points clés discutés et souhaits ou objectifs partagés** |
| - Symptômes |
| - Besoins sociaux/psychologiques/spirituels |
| - Évaluations/investigations |
| - Autres (ex. choix de maison funéraire) |

**Planification des soins et plan de traitement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Traitements (selon consentement) : | Actions : | Personne(s) clé(s) responsable(s) : | Date de révision : |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Heure de début de la conférence :** **Heure de fin :**

**Nom du médecin :**

**Cochez la case appropriée :**

* Original placé dans le dossier clinique du résident
* Copie envoyée au médecin
* Copie offerte aux professionnels de la santé alliés participants
* Copie offerte au résident/mandataire
* Plan de soins et évaluations du résident révisés et mis à jour

**Nom de la personne facilitatrice :**

Poste :

Signature : Date : / / (JJ/MM/AAAA)