



Demande d'admission en Lits Identifiés de Soins Palliatifs

Ref. : ME.F-VIE.01 / Modifié le : 02/12/2021

Equipe Mobile de Soins de Support et de Soins Palliatifs

Téléphone : 04.90.36.55.46

Portable Médecin : 06.19.67.25.75

Fax : 04.90.36.55.47

Email : secretariat-emp@ch-vaion.fr



Le renseignement complet de la fiche et l'apport complet de données médicales jointes conditionnent la prise en compte de la demande.

Date de la demande :

DEMANDEUR

Etablissement/Service ou lieu d'exercice :

Médecin demandeur :

Téléphone : Email :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Contact de l'entourage :

Nom :

Téléphone :

Motif de la demande :

.....
.....
.....
.....

Patient suivi par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs : OUI NON

INTERVENANTS AUPRES DU PATIENT :

Si patient suivi au CH, médecin référent :

Médecin généraliste :

Tél :

Soignants libéraux :

Tél :

Réseau :

Tél :

HAD :

Tél :

Autre structure :

Tél :

EMSP hors CH :

Tél :

Pathologie principale :

- Cancer.....
- Pathologie neurodégénérative.....
- Autre.....

Antécédents, histoire actuelle de la maladie et projet thérapeutique :

.....
.....
.....

Traitement actuel :

.....
.....
.....



Engagement de la structure à reprendre le patient en cas de stabilisation : OUI NON

Informations données :

	Patient	Famille
Diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggravation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande d'USP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexte social :

- Isolement.....
- Devenir.....
- Environnement familial.....

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE DE SOINS

Indice de Karnofsky (%) :

Ou grade OMS :

Autonomie :

	Oui	Avec aide	Non
Marche			
Transfert			
Toilette			

Symptômes rebelles :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Confusion avec agitation |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Angoisse |
| <input type="checkbox"/> Occlusion intestinale | <input type="checkbox"/> Autre |

Conscience – communication :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Coma somnolence |
| <input type="checkbox"/> Bonne communication | <input type="checkbox"/> Communication difficile | <input type="checkbox"/> Ne communique plus |

Trouble du comportement :

.....
.....

Difficulté du comportement :

.....
.....

Voie d'abord :

- SC IV VVC PAC Aucune

Equipement :

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PCA | <input type="checkbox"/> SAD | <input type="checkbox"/> Stomie |
| <input type="checkbox"/> PSE | <input type="checkbox"/> O ² | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | |

Alimentation orale :

- oui avec aide non

Alimentation artificielle :

- entérale parentérale

Etat cutané :

- Normal
- Escarre
- Autre pansement ou soins particulier

Etat septique :

- Infection nosocomiale
- Isolement