



Demande d'évaluation EMSS-SP

EHPAD – Domicile – Hôpital

Ref. : ME.F-VIE.02 / Modifié le : 12/05/2022

Equipe Mobile de Soins de Support
et de Soins Palliatifs
Téléphone : 04.90.36.55.46
IDE : 06.19.67.25.75 ; 06.15.91.00.56
Fax : 04.90.36.55.47
Email : secretariat-emsp@ch-vaion.fr



Le renseignement complet et concerté de la fiche ainsi que l'information et l'accord du patient (le cas échéant de la famille) 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 :

Médecin traitant et coordonnées :

Patient (et/ou famille) informé et en accord avec la demande OUI NON

Diagnostic, confirmation de prise en charge palliative :

Pronostic engagé à court terme OUI NON

Entourage du patient présent OUI NON

Que sait le patient de sa maladie ? Et/ou de son devenir :

Motif de la demande

- ✓ Evaluation SP Prise en charge globale
- ✓ Symptômes difficiles : Douleur Nausées – vomissement Constipation – occlusion
- ✓ Dyspnée Hydratation – nutrition Troubles neuropsychiatriques
- ✓ Autres symptômes à préciser :
- ✓ Soutien psychologique : Patient Entourage Famille Equipe
- ✓ Questionnement éthique Projet de soins de vie

Charge de soins

Alimentation : Orale Aide SAD SNG Alimentation Gastrostomie Jéjunostomie

Autonomie sphinctérienne OUI NON

Etat cutané : Escarre lieu : autre :

Aide à la toilette : Partielle Complète Mobilisation

Patient déjà en suivi

Equipe de psycho-oncologie Assistante Bénévoles Diététicienne

Kinésithérapeute Ministre du culte Autre :