



ETSP 84

DEMANDE D'INCLUSION
Equipe Territoriale de Soins Palliatifs en Vaucluse
APT **AVIGNON** **CAVAILLON** **VAISON-LA-ROMAINE**
 (cf. coordonnées page 2/2)

Date de la demande : _____ Date d'inclusion : _____

DEMANDEUR

NOM, prénom : _____
 N° tél : _____
 Courriel : _____

Médecin traitant IDE libéral(e)
 Famille / proche Médecin hospitalier
 EHPAD, nom de l'établissement et fonction du demandeur : _____

 Autres, préciser : _____

PATIENT

NOM d'usage : _____
 Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 N° tél : _____
 Courriel : _____
 Adresse complète : _____

 Situation familiale : _____
 Vit seul(e) : OUI NON
 Nom du régime de sécurité sociale : _____

Merci de joindre à la demande d'inclusion **les documents médicaux, les traitements en cours, Le compte-rendu d'hospitalisation et l'évaluation palliative si elle a eu lieu.**

Patient hospitalisé OUI NON Date de sortie envisagée : _____

Si oui, préciser le service et le n° de téléphone du service

Médecin hospitalier référent : _____

N° tél et courriel : _____

Patient vu par EMSP intra-hospitalière OUI NON

- Patient / proches acceptent l'intervention de l'ETSP OUI NON
 - Médecin traitant en accord avec l'intervention de l'ETSP OUI NON

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- Symptômes et douleurs réfractaires Questionnement éthique Soutien de l'équipe de proximité
 Soutien psychologique (patient) Evaluation et soutien social Soutien psycho-social des aidants naturels

PATHOLOGIE PRINCIPALE MOTIVANT LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

ANTECEDENTS

PRINCIPAUX SYMPTÔMES

- Nausées – vomissement Constipation – occlusion Dyspnée Déshydratation Troubles neuropsychiatriques

Diagnostic connu du patient : OUI NON Pronostic connu du patient : OUI NON
Diagnostic connu de la famille : OUI NON Pronostic connu de la famille : OUI NON

Patient ayant exprimé le souhait d'un décès à domicile

DIRECTIVES ANTICIPEES OUI NON FICHE URGENGE PALLIA OUI NON

MEDECIN TRAITANT

NOM, prénom : Courriel :
Tél cabinet : Fax :
Tél mobile : Se déplace à domicile : OUI NON

IDE LIBERAL(E)

NOM : Prénom : Tél :
NOM : Prénom : Tél :
NOM : Prénom : Tél :

AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS DES SOINS

NOM ET N° TEL A PRECISER SVP

HAD : SSIAD :
Prestataire : autres :
.....

AIDES SOCIALES MISES EN PLACE

MDPH / AAH / PCH AIDE A DOMICILE AUTRES :
 APA PORTAGE DE REPAS
 FNASS TELEALARME
 ARDH
 MUTUELLE

PERSONNES DE L'ENTOURAGE ou PERSONNES RESSOURCE (préciser le lien avec le patient)

NOM, prénom : Lien :
Courriel : Ville :
Tél :

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE (selon l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique)

NOM, prénom : Lien :
Courriel : Ville :
Tél :

COORDONNEES DES EQUIPES TERRITORIALES DE SOINS PALLIATIFS

SECTEURS en VAUCLUSE	Téléphone / Fax	Messagerie	Messagerie sécurisée
AVIGNON / Grand Avignon	04.32.75.38.56 / 04.32.75.38.57	soinspalliatifs@ch-avignon.fr	soinspalliatifs@ch-avignon.mssante.fr
APT (sud)		Cf. coordonnées de la coordination Sud	
CAVAILLON (sud)	04.86.55.27.35 / 04.86.55.27.42	emsp@ch-cavaillon.fr	secret.emsp@ch-cavaillon.mssante.fr
COORDINATION SUD	04.90.21.34.42 06.12.31.07.35	secretariat.etsp@hopital-islesursorgue.fr	secretariat.etsp@hopital-islesursorgue.mssante.fr
VAISON LA ROMAINE (nord)	04.90.36.55.46 / 04.90.36.55.47	secretariat-emsp@ch-vaison.fr	secretariat-emsp@ch-vaison.mssante.fr