**ATTENTION ! TOUS LES CHAMPS DOIVENT ETRE REMPLIS POUR QUE LA DEMANDE PUISSE ÊTRE PRISE EN COMPTE. Les critères d’admission en soins palliatifs sont obligatoirement joints à la demande.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient**Nom :      Prénom :      Adresse :           Assurance de base:      Nom :      [ ]  Commune | Sexe :      Date naissance :      Téléphone :      Assurance complémentaire :      Nom :      [ ]  Privé  [ ]  Semi-Privé  |
| Personne de référence à contacter (famille/proches) :      Lien avec le patient :      Téléphone :       |
| Diagnostic principal :      |
| Comorbidités pertinentes pour cette demande :       |
| Hôpital / clinique / médecin / service envoyeur (nom, téléphone) :     Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires (nom, téléphone) :     IDL :      ICUS :      **Médecin traitant (nom, téléphone):**       |
| Entrée souhaitée dans l’établissement dès le :      Patient/e a déjà séjourné en Soins Palliatifs Spécialisés :  [ ]  oui [ ] non Nom :      |
| Médicaments à joindre sur feuille annexe      Traitements oncologiques :      -Chimiothérapie/immunothérapie en cours / envisagée (même per os) : oui [ ]  non [ ] Produit :       Date du prochain traitement :      -Radiothérapie en cours/envisagée : [ ] oui       [ ] non       Dates :      Rendez-vous médicaux planifiés / envisagés (consultations spécialisées, contrôles, Imagerie, Scanner, IRM) :       |
| Contexte familial et social (état civil, conjoint, enfants, proches aidants,…) :     Connu/e du CMS/OSAD : [ ] oui [ ] non Nom :      Assistante sociale : Connu/e par AS : [ ] oui [ ] non Nom, téléphone :      Nécessité de commencer un suivi par AS : [ ] oui [ ] non      Connu de l’équipe mobile de soins palliatifs : oui [ ]  non [ ]      Si oui, rapports de consultation à joindre à la demande            |
| Résumé de la situation :      |
| Status bactériologique / viral / vaccinal :      Mesures additionnelles : [ ]  contact [ ] gouttelettes [ ] aérosols [ ] protecteur       |
| ETAT CLINIQUECognitif : [ ] calme [ ] agité [ ] agressif [ ] orienté [ ] désorienté [ ] confus [ ] anxieux [ ]  en colère [ ] triste [ ] autre (préciser) :      Elimination : [ ]  continent [ ] selles [ ]  urines  [ ] incontinent [ ] selles [ ]  urines [ ]  SV [ ]  Stomie (préciser) :       [ ] autre :      Alimentation : [ ]  normale [ ]  ne mange plus [ ]  alimentation plaisir[ ]  dépendant [ ]  autre (préciser) :      Sonde d’alimentation : [ ]  SNG [ ]  PEG Préciser la nutrition :       Respiration: [ ]  eupnéique [ ]  dyspnée [ ] O2 [ ] CPAP [ ] VNI [ ]  trachéotomie (préciser) :      Equipements : [ ]  VVP       [ ]  VVC [ ]  PAC [ ]  PICC Line [ ]  pompe CADD [ ]  SNG [ ]  aspiration [ ]  décharge  Niveau de dépendance : Toilette :      [ ] seul [ ] aide [ ] dépendant  Mobilisation :      [ ] seul [ ] aide [ ] dépendant [ ] alitéEtat cutané : [ ]  escarre       [ ]  plaie (préciser) :       [ ] autre (préciser) :      Joindre les protocoles de pansementsMatelas : [ ]  normal [ ] alternating [ ] autre (préciser) :       |
| Projet du patient durant l’hospitalisation en Soins Palliatifs Spécialisés :     [ ] accompagnement vers fin de vie[ ] court séjour puis :* [ ] RAD : [ ] avec CMS/OSAD       [ ] avec EMSP       [ ] avec entourage
* [ ] transfert en EMS (si oui, patient/e et famille avertis par le service envoyeur)

Symptômes à contrôler : [ ] douleur       [ ] dyspnée       [ ] troubles digestifs       [ ] troubles neuropsychiatriques       [ ] état confusionnel       [ ] angoisse       [ ] anxiété      Autres symptômes / projets / complexités :       |
| Informations données au/à la patient/e (ou à son représentant thérapeutique) :     Concernant le diagnostic : [ ] oui       [ ] non      Concernant le pronostic : [ ] oui       [ ] non            |