



DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

DATE DE LA DEMANDE :

NOM ET PRENOM DU PATIENT :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse du patient :

Lieu de résidence de son entourage r f rent (préciser si diff rent) :

Lieu ou Etablissement de provenance:

Origine de la demande :

N  de fax pour réponse :

MCO (Médecine Chir. Obs.)

EHPAD

MCO, LISP

EMSP

MEDECIN TRAITANT

RESEAU

SSR

HAD

SSR, LISP

AUTRES CAS

TAMPON

PERSONNES REFERENTES – INDISPENSABLE

Médecin hospitalier r f rent : Nom + N  Tél :

Médecin généraliste r f rent : Nom + N  Tél :

Assistante sociale : Nom + N  Tél :

Prise en charge administrative (joindre copie carte vitale)

Mutuelle : Oui Non

Prise en charge à 100% : Oui Non

Document à faxer au 04.42.17.17.89



TEL : 04 42 17 17 47

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Symptômes physiques rebelles | <input type="checkbox"/> Logement inadapté |
| <input type="checkbox"/> Contexte familial | <input type="checkbox"/> Indisponibilité du médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Charge en soins trop lourde au domicile | <input type="checkbox"/> Souffrance psychique des soignants |
| <input type="checkbox"/> Questionnement éthique | <input type="checkbox"/> Souffrance psychique de l'entourage |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de temps de répit | <input type="checkbox"/> Charge en soins trop lourde en établissement |
| | <input type="checkbox"/> Autres cas : |

PATHOLOGIE PRINCIPALE

- CANCER
Localisation primitive :
Métastases :
- Neurologie :
- Sida
- SLA
- Autres (préciser) :
- Poly pathologie
- Insuffisance d'organe
- Syndrome douloureux chronique

TRAITEMENT

- Projet thérapeutique :
- Arrêt traitement curatif
- Arrêt chimiothérapie, radiothérapie
- Transfusion régulière

Traitement actuel et posologies :

AUTRES PATHOLOGIES :

Alimentation parentérale : Oui Non

SYMPTOMES PRESENTS

- Symptômes non contrôlés :
- Douleurs
- Angoisse majeure
- Troubles neuro-psy
- Autres :

INFORMATIONS DONNEES

- Au patient :
- Diagnostic Pronostic Transfert en USP
- A la famille :
- Diagnostic Pronostic Transfert en USP

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aggravation manifeste | <input type="checkbox"/> Phase terminale |
| Risques graves : <input type="checkbox"/> Hémorragie | <input type="checkbox"/> Dyspnée |
| Présence de BMR : <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL

- Précarité Isolement Au domicile
- Demande d'euthanasie formulée
- Situation familiale difficile :

TYPE DE SEJOUR DEMANDE

- Prise en charge de la fin de vie
- Séjour temporaire pour :
- Adaptation thérapeutique
- Répit familial
- organisation HAD

Retour possible si stabilisation : Oui Non

Si oui : à domicile dans le service

Le patient a-t-il été vu par un référent de SP (EMSP, réseau, consultant...)?

Commentaires :

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

- Dès que possible
- Plus tard (préciser) :



EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

CONSCIENCE – COMMUNICATION

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

RESPIRATION

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> Respirateur |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|

DEPLACEMENT - VALIDITE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marche sans aide | <input type="checkbox"/> Marche avec aide | |
| <input type="checkbox"/> Va au fauteuil | <input type="checkbox"/> Grabataire | |
| <input type="checkbox"/> Autonome pour la toilette | <input type="checkbox"/> Aide à la toilette | <input type="checkbox"/> Toilette totale |

ALIMENTATION

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Per os seul | <input type="checkbox"/> Per os avec aide | |
| <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique | <input type="checkbox"/> Sonde de gastronomie | <input type="checkbox"/> En aspiration gastrique |

ELIMINATION

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continence | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Incontinence fécale |
| <input type="checkbox"/> Néphrostomie | <input type="checkbox"/> Sonde vésicale | <input type="checkbox"/> Colostomie |

ETAT CUTANE

- Normal
 Escarres, plaies
 Autres :

CHARGE EN SOINS

- Légère Moyenne Lourde

PERFUSION

- SC IV PAC KT Seringue électrique PCA

INDICE DE KARNOFSKY :

ou OMS :

INDISPENSABLE A L'ADMISSION

- Papiers d'identité
- Compte-rendu d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, prescription, derniers examens complémentaires
- Les transmissions infirmières du jour
- Carte vitale et carte de mutuelle à jour