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

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient**  Nom :  Prénom :  Adresse :    Assurance de base:  Nom :  Commune  Le patient est actuellement en  ID pall réalisé en | Sexe :  Date naissance :  Téléphone :  Assurance complémentaire :  Nom :  Privé   Semi-Privé  Lit A  Lit intermédiaire  Spécialisé  Général |
| 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 CLINIQUE  Cognitif : 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 alité  Etat cutané :  escarre        plaie (préciser) :       autre (préciser) :  Joindre les protocoles de pansements  Matelas :  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 | |