

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN SOINS PALLIATIFS

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

**Patient**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Sexe :

Date naissance :

Téléphone :

Assurance de base:

Nom :

Commune

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**

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN SOINS PALLIATIFS

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