

# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>USP La Maison : Gardanne (13)</b><br>) 04.42.65.73.60    ☎ 04.42.58.37.25<br><input type="checkbox"/> <b>USP CHU La Timone Marseille (13)</b><br>) 04.91.38.57.08    ☎ 04.91.38.76.58<br><input type="checkbox"/> <b>USP L.D. La Villa IZOÏ Gardanne (13)</b><br>) 04.42.19.18.20    ☎ 04.42.19.18.21<br><input type="checkbox"/> <b>USP Saint Elisabeth Marseille (13)</b><br>) 04.91.18.90.37    ☎ 04.91.18.90.51<br><input type="checkbox"/> <b>USP CH Saint Joseph Marseille (13)</b><br>) 04.91.80.68.91    ☎ 04.91.80.66.51<br><input type="checkbox"/> <b>USP Saint Thomas de Villeneuve Aix en Provence (13)</b><br>) 04.42.17.11.11    ☎ 04.42.17.17.89<br><input type="checkbox"/> <b>USP C.H. Salon de Provence (13)</b><br>) 04.90.44.91.21    ☎ 04.90.44.94.12 | <input type="checkbox"/> <b>USP CH Gap (05)</b><br>) 04.92.40.69.16    ☎ 04.92.40.69.05<br><input type="checkbox"/> <b>USP CH Antibes (06)</b><br>) 04.97.24.82.99    ☎ 04.97.24.82.96<br><input type="checkbox"/> <b>USP CHU Nice (06)</b><br>) 04.92.03.62.86    ☎ 04.92.03.59.02<br><input type="checkbox"/> <b>USP CH Draguignan (83)</b><br>) 04.94.60.50.98    ☎ 04.94.60.54.58<br><input type="checkbox"/> <b>USP CH La Seyne/Toulon(83)</b><br>) 04.94.11.32.05    ☎ 04.94.11.32.06<br><input type="checkbox"/> <b>USP CH d'Avignon (84)</b><br>) 04.32.75.93.51    ☎ 04.32.75.93.52 |
|---|--|

**Date de la demande :**

**NOM ET PRENOM :** ..... **Situation Familiale :** .....

**Date de naissance :** ..... **Age :** ..... **Sexe :** .....

Lieu de résidence du patient : .....

Lieu de résidence de son entourage référent (préciser si différent) : .....

Téléphone patient : ..... Téléphone personne ressource : .....

Personne de confiance :  Oui     Non

Nom et coordonnées : .....

Lieu de séjour actuel du patient :

Domicile

Hôpital : .....

Service : .....

Clinique : .....

Médecin demandeur : .....

N° de tel ou tampon : .....

**PERSONNES REFERENTES – INDISPENSABLE**

- Médecin hospitalier : nom + n° tel : .....
- Médecin généraliste référent : nom + n° tel : .....
- IDEL / SSIAD / HAD / Réseau : nom + n° tel : .....
- Assistante Sociale : nom + n° tel : .....

**Personne à contacter pour confirmer cette admission (nom, tel, fax) :** .....

# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

## PATHOLOGIE PRINCIPALE

- Cancer  
 Local. Primitive : .....  
 Métastase : .....  
 SIDA  
 SLA  
 Autres (préciser) : .....

### • Histoire de la maladie :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## AUTRES PATHOLOGIES

.....  
 .....  
 .....

## SYMPTOMES PRESENTS

Symptômes non contrôlés :

- Douleurs  
 Angoisse majeure  
 Troubles neuro-psy

Autres :

.....  
 .....  
 .....

- Aggravation manifeste       Phase terminale  
 Risques graves :     Hémorragie    Dyspnée  
 Présence de BMR :  oui                       non

## PROJET THERAPEUTIQUE

- Arrêt traitement curatif  
 Radiothérapie  
 Transfusions régulières nécessaires  
 Chimiothérapie  
 Alimentation parentérale  
 Autre : .....  
 Problématique éthique : précisez :

.....

## TRAITEMENT ACTUEL ET POSOLOGIES :

- *A mettre en pièces jointes*

## INFORMATIONS DONNEES

### • Au patient :

- Diagnostic    Gravité de la pathologie  
 Transfert en USP (préciser dans quels termes) :

.....

### Des Directives Anticipées ont-elles été rédigées ?

- oui                       non

### • A la personne de confiance :

- Diagnostic    Gravité de la pathologie  
 Transfert en USP

### • A la famille :

- Diagnostic    Gravité de la pathologie  
 Transfert en USP

## CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL

- Précarité       Isolement       Au domicile

- Situation familiale difficile :

.....  
 .....

## TYPE DE SEJOUR DEMANDE

- Prise en charge de la fin de vie  
 Séjour temporaire pour :  
     Traitement des symptômes        
     Répit familial

## DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

- Dès que possible  
 Plus tard (préciser) : .....

Retour possible si stabilisation     oui     non

Si oui :  à domicile    dans le service

autre structure

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

**Commentaires** : .....

.....

.....

# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



## EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

### • Conscience – Communication :

- Confusion                                       Somnolence                                       Coma  
 Bonne communication                       Communication difficile                       Ne communique plus

Troubles du comportement : .....

### • Souffrance psychologique :

### • Respiration :

- Oxygénothérapie                               Trachéotomie                                       Respirateur/V.N.I  
 Drain Type Pleur-X

Indice de Karnofsky : .....  
ou OMS : .....

### • Déplacement – Validité :

- Marche sans aide                                       Marche avec aide                                       Va au fauteuil  
 Transfert possible seul                               Grabataire  
 Autonome pour la toilette                               Aide à la toilette                                       Toilette totale

Poids / Taille :

...../.....

### • Alimentation :

- Per os seul     Per os avec aide  
 Sonde nasogastrique                                       Sonde de gastrostomie                                       En aspiration gastrique

### • Elimination :

- Continence     Incontinence urinaire                                       Incontinence fécale  
 Néphrostomie     Sonde vésicale     Colostomie

### • Etat cutané :

- Normal  
 Escarres (localisation) : .....  
 Autres pansements ou soins particuliers : .....

### • Charge en soins :

- Légère     Moyenne     Lourde

### • Voies d'administration

- SC                       IV     Chambre implantable                                       KT/Picc Line     Périmédullaire  
 Seringue électrique                                       PCA

• Volonté spécifique du patient : .....

## INDISPENSABLE A L'ADMISSION

Papiers d'identité, carte vitale, bulletin de situation.

# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



**Compte-rendu d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, prescription, derniers examens complémentaires. Les transmissions infirmières du jour.**