

# 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 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<br><input type="checkbox"/> <a href="mailto:soinspalliatifsdouleur@hopital-saint-joseph.fr">soinspalliatifsdouleur@hopital-saint-joseph.fr</a><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>USSA C.H Manosque (04)</b><br>) 04.92.73.44.61    ☎ 04. 92.73.43.62<br><input type="checkbox"/> <b>USP CH Gap (05)</b><br>) 04.92.40.69.16    ☎ 04.92.40.61.41<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 Les Colibris 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 : .....

Médecin demandeur : .....

N° de tel ou tampon : .....

Lieu de séjour actuel du patient :

Domicile

Hôpital : .....

Service : .....

Clinique : .....

**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        
     Répét 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 :**

- |                                              |                                                  |                                             |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <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 |

Troubles du comportement : .....

.....

• **Souffrance psychologique :**

• **Respiration :**

- |                                          |                                       |                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> Respirateur/V.N.I  |
|                                          |                                       | <input type="checkbox"/> Drain Type Pleur-X |

Indice de Karnofsky : .....

ou OMS : .....

• **Déplacement – Validité :**

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

Poids / Taille :

...../.....

• **Alimentation :**

- |                                              |                                                |                                                  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per os seul         | <input type="checkbox"/> Per os avec aide      |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique | <input type="checkbox"/> Sonde de gastrostomie | <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 cutané :**

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

• **Charge en soins :**

- |                                 |                                  |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Légère | <input type="checkbox"/> Moyenne | <input type="checkbox"/> Lourde |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

• **Voies d'administration**

- |                                              |                              |                                              |                                       |                                         |
|----------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SC                  | <input type="checkbox"/> IV  | <input type="checkbox"/> Chambre implantable | <input type="checkbox"/> KT/Picc Line | <input type="checkbox"/> Périmédullaire |
| <input type="checkbox"/> Seringue électrique | <input type="checkbox"/> PCA |                                              |                                       |                                         |

• **Volonté spécifique du patient :** .....

.....

.....

### INDISPENSABLE A L'ADMISSION

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

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