

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> USP La Maison : Gardanne (13)
) 04.42.65.73.60 ☎ 04.42.58.37.25
<input type="checkbox"/> USP CHU La Timone Marseille (13)
) 04.91.38.57.08 ☎ 04.91.38.76.58
<input type="checkbox"/> USP La Villa IZOÏ Gardanne (13)
) 04.42.19.18.20 ☎ 04.42.19.18.21
<input type="checkbox"/> USP Saint Elisabeth Marseille (13)
) 04.91.18.90.37 ☎ 04.91.18.90.51
<input type="checkbox"/> USP CH Saint Joseph Marseille (13)
) 04.91.80.68.91
<input type="checkbox"/> soinspalliatifsdouleur@hopital-saint-joseph.fr
<input type="checkbox"/> USP Saint Thomas de Villeneuve Aix en Provence (13)
) 04.42.17.11.11 ☎ 04.42.17.17.89
<input type="checkbox"/> USP C.H. Salon de Provence (13)
) 04.90.44.91.21 ☎ 04.90.44.94.12 | <input type="checkbox"/> USSA C.H Manosque (04)
) 04.92.73.44.61 ☎ 04. 92.73.43.62
<input type="checkbox"/> USP CH Gap (05)
) 04.92.40.69.16 ☎ 04.92.40.61.41
<input type="checkbox"/> USP CH Antibes (06)
) 04.97.24.82.99 ☎ 04.97.24.82.96
<input type="checkbox"/> USP CHU Nice (06)
) 04.92.03.62.86 ☎ 04.92.03.59.02
<input type="checkbox"/> USP CH Draguignan (83)
) 04.94.60.50.98 ☎ 04.94.60.54.58
<input type="checkbox"/> USP Les Colibris CH La Seyne /Toulon(83)
) 04.94.11.32.05 ☎ 04.94.11.32.06
<input type="checkbox"/> USP CH d'Avignon (84)
) 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
 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 :**

- | | | |
|--|--|---|
| <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.