

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



<input type="checkbox"/> 75	Bretonneau	fax : 01 53 11 17 37	<input type="checkbox"/> 91	Bligny	fax : 01 69 26 32 04
<input type="checkbox"/> 75	Cognacq-Jay	fax : 01 45 30 83 74	<input type="checkbox"/> 91	Hôpital de Juvisy	fax : 01 69 54 29 89
<input type="checkbox"/> 75	Diaconesses	fax : 01 44 74 28 00	<input type="checkbox"/> 92	Notre Dame du Lac	fax : 01 47 14 84 02
<input type="checkbox"/> 75	Jean Jaurès	fax : 01 56 55 55 56	<input type="checkbox"/> 92	USP CH de Puteaux	fax : 01 41 18 31 43
<input type="checkbox"/> 75	Jeanne Garnier	fax : 01 43 92 21 11	<input type="checkbox"/> 93	H. René Muret HUPSSD	fax : 01 41 52 58 09
<input type="checkbox"/> 75	Sainte-Perine	fax : 01 44 96 37 57	<input type="checkbox"/> 93	Montfermeil (alpha 93)	fax : 01 45 09 70 35
<input type="checkbox"/> 77	Hôpital Forcilles	fax : 01 60 64 62 10	<input type="checkbox"/> 93	Hôpital Casanova	fax : 01 42 35 64 81
<input type="checkbox"/> 77	CH Fontainebleau	fax : 01 60 74 14 72	<input type="checkbox"/> 94	Albert Chennevier	fax : 01 49 81 38 28
<input type="checkbox"/> 77	St Faron	fax : 01.64.35.01.20	<input type="checkbox"/> 94	Charles Foix Ivry (G)	fax : 01 49 59 46 91
<input type="checkbox"/> 78	Claire Demeure	fax : 01 30 21 39 31	<input type="checkbox"/> 94	Paul Brousse USP/USPG(G)	fax : 01 45 59 37 40
<input type="checkbox"/> 78	Houdan	fax : 01 30 46 18 43	<input type="checkbox"/> 95	CH V. Dupouy - Argenteuil	fax : 01 34 23 27 46
<input type="checkbox"/> 78	La Verrière	fax : 01 39 38 89 90	<input type="checkbox"/> 95	Magny en Vexin	fax : 01 34 79 43 21
<input type="checkbox"/> 78	CHI Meulan les Mureaux	fax : 01 30 91 86 77	<input type="checkbox"/> 95	CH R. Dubos - Pontoise	fax : 01 30 75 45 50
<input type="checkbox"/> 91	Arpajon	fax : 01 64 92 95 22	<input type="checkbox"/> 10	GH Aube Marne - Romilly	fax : 03 25 21 96 37
<input type="checkbox"/> 91	Dupuytren (G)	fax : 01 69 83 63 97	<input type="checkbox"/> 60	GHP SO site de Senlis	fax : 03 44 21 70 86
<input type="checkbox"/> 91	G. Clémenceau	fax : 01 69 23 21 07			

G : Centre dont le recrutement est uniquement gériatrique > 60 ans

Cette liste correspond aux USP qui sont reconnues à titre tarifaire par l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France

NOM ET PRÉNOM :

Date de naissance : Situation familiale :

Lieu de résidence du patient :

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

Lieu de séjour actuel du patient

Domicile HAD SSIAD Réseau

Hôpital :

Service :

Clinique :

Tampon merci

PERSONNES RÉFÉRENTES - INDISPENSABLE

● Médecin hospitalier référent : nom + n° tél :

● Médecin généraliste référent : nom + n° tél :

● Assistante sociale : nom + tél :

Personne à contacter pour confirmer cette admission (nom, tél, fax) :

Prise en charge administrative (joindre copie carte vitale)

● Mutuelle oui non ● Prise en charge à 100 % oui non

Téléchargeable depuis : www.corpalif.org

Pour toute demande concernant ce document contactez : corpalif@gmail.com ou spicard@hopital-dcss.org

PATHOLOGIE PRINCIPALE

Cancer
Local. Primitive :

Métastases :

SIDA
 SLA
 Autres (préciser) :

● Histoire de la maladie :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTRES PATHOLOGIES

.....
.....

SYMPTÔMES PRÉSENTS

Symptômes non contrôlés :
 Douleurs
 Angoisse majeure
 Troubles neuro-psy
Autres :

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

Aggravation manifeste Phase terminale

Risques graves : Hémorragie Dyspnée

Présence de BMR oui non

TRAITEMENT

Projet thérapeutique :

.....

Arrêt traitement curatif
 Arrêt chimiothérapie, radiothérapie
 Transfusions régulières nécessaires

● *Traitement actuel et posologies* :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

● *Substitution (subutex, méthadone)* : oui non
● *Alimentation parentérale* : oui non

INFORMATIONS DONNÉES

● *Au patient* :
 diagnostic pronostic
Transfert en USP (*préciser dans quels termes*) :
.....

● *A la famille* :
 diagnostic pronostic

CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL

Précarité Isolement Au domicile
 Demande d'euthanasie formulée

● *Situation familiale difficile* :
.....
.....
.....

TYPE DE SÉJOUR DEMANDÉ

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

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE :

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

Retour possible si stabilisation oui non
si oui : à domicile dans le service

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

Commentaires :
.....
.....
.....
.....
.....

EVALUATION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

• Conscience - Communication

- Confusion Somnolence Coma
 Bonne communication Communication difficile Ne communique plus

Troubles du comportement :

• 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 En aspiration gastrique
 Sonde naso-gastrique Sonde de gastrostomie

• 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

COMPLÉMENT D'INFORMATION MÉDICALE POUR LES PATIENTS VIH

Date de séropositivité VIH : Date passage SIDA :

Pathologies associées ou classantes SIDA évolutives :

-
-
-

Dernier taux de CD4 : Date :

Dernière charge virale : Date :

Co infection : VHC VHB

INDISPENSABLE A L'ADMISSION

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