

# 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"/> 95	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"/> 10		
<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](http://www.corpalif.org)

Pour toute demande concernant ce document contactez : [corpalif@gmail.com](mailto:corpalif@gmail.com) ou [spicard@hopital-dcss.org](mailto: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 associés 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