

TRAITEMENTS HABITUELS : (joindre de préférence une ordonnance récente)

INFORMATION DU PATIENT ET ENTOURAGE :

1) **Au PATIENT :**

- ⇒ Patient informé de la situation palliative : OUI NON
- ⇒ Patient informé de la demande d'admission dans un service de Soins Palliatifs : OUI NON
- ⇒ Quel **diagnostic** a été annoncé :

- ⇒ Quel **pronostic** a été annoncé :

- 2) **A L'ENTOURAGE :**

- ⇒ Entourage informé de la situation palliative : OUI NON
- ⇒ Entourage informé de la demande d'admission dans un service de Soins Palliatifs : OUI NON
- ⇒ Quel **diagnostic** a été annoncé :

- ⇒ Quel **pronostic** a été annoncé :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION : (Entourer les items concernés et/ou préciser)

- Douleurs complexes et/ou rebelles.**
 - Localisation :

- Symptômes Neurologiques** : Sd confusionnel ; Agitation ; hallucination ; coma ; état de mal épileptique ; Déficit Sensitivomoteur.

- Symptômes Respiratoires** : Dyspnée ; toux ; encombrement, trachéotomie ; VNI ; Assistance respiratoire ; O².

- Risques hémorragiques.**
 - Préciser :

- Symptômes Digestifs** : Nausées ; vomissements ; sub-occlusion ; diarrhées ; hoquet.

- Etat Cutané** : Plaies ; Escarres ; fistule ; complication chirurgicale.
 - Localisation :

- Souffrance Psychologique** : patient entourage.

- Besoin de Répit** : du patient ou de son entourage de l'équipe de soin.

- Problématiques Sociales** : Isolement ; conflits ; besoin de rapprochement géographique.

- Problématique Ethique** :
 - Décision complexe
 - Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives
 - Demande d'euthanasie formulée par patient
 - Demande d'euthanasie formulée par l'entourage du patient
 - Refus de soins.

AUTRES INFORMATIONS UTILES A LA PRISE EN CHARGE :**EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DES SOINS :**

HYGIENE Toilette <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Au lit Soins cutanés <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Pansements	DEPLACEMENT <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide : Canne ; déambulateur ; kiné. <input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Transferts	MATERIEL DE SOINS <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Picline <input type="checkbox"/> PCA ; PSE ; PERF <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> O ² <input type="checkbox"/> Aspiration
ALIMENTATION <input type="checkbox"/> Autonome : Se servir ; Manger. <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> GPE <input type="checkbox"/> SNG	ELIMINATION Urinaire <input type="checkbox"/> Continence <input type="checkbox"/> Incontinence Fécal <input type="checkbox"/> Continence <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Sonde Vésicale <input type="checkbox"/> KT sus pubien. <input type="checkbox"/> Stomie	COMPORTEMENT <input type="checkbox"/> Cohérence <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Déambulation (Risque de chute)

PROJET EVOQUES OU ATTENDUS :

- Hospitalisation pour la prise en charge de la phase terminale.
 Séjour temporaire pour :
 Prise en charge symptomatique Répit familial ou équipe soignante (10j) Organisation HAD.
 Inscription de précaution en structures (EHPAD, USLD, ...)
 Retour A Domicile envisageable.

MEDECIN DEMANDEUR :

Nom et Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel / Fax :

EMAIL :

Signature ET cachet :