

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN **U**NITE DE **S**OINS **P**ALLIATIFS

La demande est à adresser à l'attention du Docteur FONTAINE soit :

- Par mail : gwladys.fontaine@ghpso.fr et ophelie.grondin@ghpso.fr
(Afin de nous faire parvenir par mail le dossier, **enregistrer le document dûment rempli sur votre ordinateur et l'envoyer en pièce jointe en cliquant sur les adresses ci-dessus**)
- Par fax : 03.44.21.70.86
- Par courrier :

**Unité de Soins Palliatifs
GHPSO Site de Senlis
Avenue Paul Rougé
60 300 SENLIS**

- Ou à déposer au Secrétariat de l'Unité

Pour tout renseignement, contacter le secrétariat de l'USP soit :

- Par téléphone : 03.44.21.70.90
- Par mail : ophelie.grondin@ghpso.fr

La demande doit être accompagnée, si possible, des documents suivants : Comptes rendus d'hospitalisation et/ou comptes rendus de consultations, examens complémentaires, RCP...

Date de la demande : Date de réception de la demande :

TYPE D'HOSPITALISATION DEMANDE :

- Demande d'hospitalisation complète dite de « fin de vie »
 Demande d'hospitalisation d'évaluation

I. LE PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

SITUATION FAMILIALE :

- Marié (e) Divorcé(e) Célibataire Veuf (ve)

Enfant(s) :

.....

LIEU DE RESIDENCE DU PATIENT A LA DATE DE LA DEMANDE :

DOMICILE :

- HAD
 Réseau
 EMSP

INSTITUTION :

- Centre hospitalier / service :
 Clinique / service :
 EHPAD :

Médecin référent du patient : ☎ : Mail :

Médecin demandeur si ≠ médecin référent :

Médecin traitant : ☎ : Mail :

Assistante sociale : ☎ :

PERSONNE A CONTACTER POUR LA REPONSE A LA DEMANDE D'ADMISSION :

Nom : Institution :

☎ : Fax : Mail :

II. ENTOURAGE

PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec le patient :

☎ :

La demande d'admission à l'Unité de Soins Palliatifs de Senlis est-elle faite dans le cadre d'un rapprochement familial ?

Oui

Non

Lieu de résidence des proches si différent du patient :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ Sauvegarde de justice : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Curatelle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Tutelle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Coordonnées du curateur/tuteur :

III. SITUATION MEDICALE

Performance status : Indice de Karnofsky :

1. ANTECEDENTS

- | | |
|---------|---------|
| ■ | ■ |
| ■ | ■ |
| ■ | ■ |
| ■ | ■ |
| ■ | ■ |
| ■ | ■ |

2. HISTOIRE DE LA MALADIE/DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. SYMPTOMES NON CONTROLES A CE JOUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Présence de BMR : Oui Non

4. TRAITEMENTS ACTUELS (posologie et voie d'administration)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOIE D'ABORD :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique | <input type="checkbox"/> Seringue électrique |
| <input type="checkbox"/> KT central | <input type="checkbox"/> Piccline |
| <input type="checkbox"/> PAC | <input type="checkbox"/> PCEA |
| <input type="checkbox"/> Sous cutanée | <input type="checkbox"/> Pompe intrathécale |
| <input type="checkbox"/> PCA | |

IV. EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

Taille : Poids :

1. CONSCIENCE ET COMMUNICATION

- Communication adaptée
- Communication difficile
- Pas de communication
- Somnolence
- DTS/confusion/délires/troubles du comportement :

2. DEPLACEMENT

- Marche seul(e)
- Marche avec aide humaine
- Marche avec une aide matérielle
- Transfert lit – fauteuil possible : Sans aide Avec aide
- Alitement permanent

3. TOILETTE

- Seul(e)
- Avec aide partielle
- Douche : Oui Non
- Toilette complète au lit

4- ALIMENTATION

Régime alimentaire :

- Normal
- Mixé/mouliné
- Eau gélifiée
- S'alimente seul(e)
- Avec aide
- A jeun : Oui Non
- Sonde nasogastrique
- Sonde de gastro/jéjunostomie
- Nutrition parentérale

5. ELIMINATION

- Continence urinaire : Oui Non
- Continence fécale : Oui Non
- Sonde vésicale
- Urétéro/néphrostomie
- Colo/iléostomie

6. RESPIRATION

- Oxygène
- Trachéotomie
- VNI/respirateur
- Aspiration

7. ETAT CUTANE

- Peau saine
- Escarres (stades, localisations) :
-
- Pansements :
-

V. PROJET PERSONNALISE DE SOINS

Projet du patient :

Une consultation de pré-admission en Unité de Soins Palliatifs est-elle nécessaire pour le patient et/ou son entourage pour expliquer la prise en charge ?

Oui

Non

Date d'admission souhaitée :

Dès que possible

Autre :

VI. INFORMATIONS DONNEES

■ Au patient :

Diagnostic :

Pronostic :

Termes utilisés :

■ A l'entourage :

Diagnostic :

Pronostic :

Termes utilisés :

VII. PRISE EN CHARGE SOCIALE

Affection de longue durée : Oui Non

Mutuelle : Oui Non

PROBLEMATIQUE SOCIALE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il est indispensable que lors de son admission, le patient arrive avec :

■ Ses papiers d'identité, carte vitale, mutuelle, bulletin de situation

■ Les documents médicaux : lettre de transfert, comptes rendus d'hospitalisations et consultations, examens complémentaires (imageries et biologie), traitements en cours...