******

DEMANDE D’ADMISSION

Unité de Soins Palliatifs - CHU Amiens-Picardie

 *Pour répondre au mieux à votre demande, celle-ci doit être remplie par un médecin de la façon la plus exhaustive possible*

|  |
| --- |
| IDENTITE PATIENT |
| NOM marital : Prénom :  | Nom de naissance : Date de naissance : Lieu de naissance :       |
| Situation familiale : |  |
| **Adresse complète de résidence du patient :**        | Tél. :  |
|  |
| Personne à prévenir :NOM, prénom :  | Tél. :  |
|  |  |
| LIEU DE SEJOUR ACTUEL DU PATIENT |
| Lieu : **Adresse complète :**  | Prise en charge déjà en cours :**Réseau** **[ ]**  **SSIAD** [ ]  **HAD** [ ]  **EMSP** [ ]  **Autres** [ ]  **Précisez :**       |
| **Si autre(s) précisez** :  | **Coordonnées de chaque service de soins** :      |
|  |  |
| MEDECIN DEMANDEUR |
| **Nom** :  | Prénom : |
| Etablissement :  | Service :  UF (CHU)**:** |
| Adresse :  |
| Téléphone :   | FAX :  |
| Email :  |
|  |  |
| PERSONNE A CONTACTER POUR LA REPONSE **(si différente du demandeur)** |
| Nom :  | Prénom :      |
| Email :  | Fonction :  |
| Adresse :  |
| Téléphone :        | FAX :   |
|  |
| PERSONNES REFERENTES : **informations obligatoires** |
| **Médecin hospitalier référent :** |  |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  |
| Téléphone :   |  |
|  |  |
| **Médecin généraliste référent :** |  |
| Nom :       | Prénom **:**      |
| Adresse :  |
| Téléphone :  |
|  |
| **Assistante sociale :** |  |
| Nom :Téléphone : | Prénom :  |
| PRISE EN CHARGE SOCIALE : |
| **Affection de longue durée : OUI** [ ]  **NON** [ ]  | Page suivante à compléter SVP 🡺 |

|  |
| --- |
| SITUATION CLINIQUE DU PATIENT |
| **PATHOLOGIE PRINCIPALE**  | TRAITEMENTS en cours |
| [ ]  **Cancer***Primitif* :  | **Projet thérapeutique :**       |
| [ ]  Chimiothérapie  |
| *Métastases* :  | [ ]  Radiothérapie à visée antalgique : [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |  |
| [ ]  **Maladie neurodégénérative** (préciser) :       | **Autres** (préciser) :       |
|  |  |
| **Autres**  (préciser) :  | **Traitement actuel :**       |
|  |
| **Histoire de la maladie :** |
|  |  |
| Présence de BMR[ ]  Oui [ ]  Non  | Germes :      Localisation :       |
|  |  |
| SYMPTOMES PRESENTS NON CONTROLES |
| [ ]  **Douleur** [ ]  **Dyspnée** [ ]  **Angoisse, tristesse** | **Risques majeurs :**[ ]  **Hémorragie** [ ]  **Détresse respiratoire** [ ]  **Phase terminale** |
| **Autres** :       | **Autres** :  |
|  |  |

Page suivante à compléter SVP 🡺

|  |
| --- |
| EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS |
| **Conscience – Communication** |  |
| [ ]  Bonne communication [ ]  Communication difficile [ ]  Somnolence [ ]  Confusion [ ]  Ne communique plus [ ]  Coma |
| [ ] Troubles du comportement  Lesquels :  |
|  |
| **Indice de Karnofsky :** **% ou OMS :** |
|  |
| **Déplacement – Validité** |

|  |
| --- |
| [ ]  Marche sans aide [ ] Marche avec aide [ ]  Va au fauteuil [ ]  Confiné au lit [ ]  Autonome pour la toilette [ ]  Aide à la toilette [ ]  Toilette totale **Respiration**[ ]  Oxygénothérapie [ ] Trachéotomie [ ]  Respirateur (V.N.I.) |
| **Alimentation** |

|  |
| --- |
| [ ]  Per os seul [ ]  Per os avec aide [ ]  Régime ou texture  |
| [ ]  Sonde naso-gastrique [ ]  Sonde de gastrostomie [ ]  Alimentation entérale [ ]  Alimentation parentérale[ ]  En aspiration gastrique

|  |
| --- |
| **Elimination** |
| [ ]  Continence [ ]  Incontinence urinaire [ ]  Incontinence fécale |
| [ ]  Néphrostomie [ ]  Sonde vésicale [ ]  Colostomie |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etat cutané** |  |
| [ ]  Normal [ ]  Besoin matelas anti-escarres Déjà en place : OUI [ ]  NON [ ]  |
| [ ]  Escarres (localisation) :      Prise en charge thérapeutique :      **Si pansements** : durée  |
| [ ]  Plaies (localisation) :       Prise en charge thérapeutique :     **Si pansements** : durée [ ]  Autres :       |
| **Perfusion**[ ]  SC [ ]  IV [ ]  PAC [ ]  KT central [ ]  Picc line [ ]  Seringues électriques [ ]  PCA |  |
| CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL |  |
| [ ]  Précarité [ ]  Isolement | Préciser :  |
| Situation familiale difficile : [ ]  Oui [ ]  Non  | Préciser :  |
| Demande d’euthanasie :[ ]  Par le patient[ ]  Par l’entourage | Préciser :       |
| Directive anticipée :[ ]  Oui [ ]  Non | Préciser :      Page suivante à compléter SVP 🡺 |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS DONNEES |
| **Au patient** |  |
| [ ]  Diagnostic [ ]  Pronostic |  |
| [ ]  accord du patient pour admission en USP, en quels termes :       |
| [ ]  patient non sollicité, pourquoi :       |
| **A la famille** |  |
| [ ]  Diagnostic [ ]  Pronostic |  |
| Si discordance préciser :  |
|  |
| TYPE DE SEJOUR DEMANDE |
| [ ]  Prise en charge de fin de vie |
| [ ]  Séjour temporaire pour : | Le patient a-t’il été vu par un référent de SP(EMSP, réseau, consultant…) [ ]  Oui [ ]  Non |
| Traitement des symptômes [ ]  |
| Répit familial [ ]  | Si oui : coordonnées  |
| Organisation retour à domicile [ ]  |
| Autres (préciser) :  | **Projet d’institutionnalisation** [ ]  Oui [ ]  NonAssistante Sociale référente :  |
|   |
| **DATE D’ADMISSION SOUHAITEE** |
| [ ]  Dès que possible |
| [ ]  Plus tard (préciser)  |
| **Remplie le : 16/04/2019** |
| **Par le Dr (nom et prénom) :** | **Commentaires :** |

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

* **ses papiers d’identité, sa carte vitale, sa carte de mutuelle**
* **des informations médicales complètes : compte-rendu détaillé d’hospitalisation ou courrier du médecin traitant, derniers examens biologiques et complémentaires…**
* **les transmissions infirmières du jour afin d’assurer une continuité des soins.**