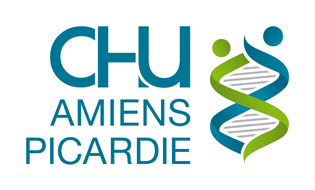
******

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  Non  Assistante 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.**