



CGD13



Hôpitaux de Provence
Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône

DEMANDE D'ADMISSION
EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

04 86 57 81 03

A ENVOYER PAR MAIL : emsp@cgd13.fr

Date de la demande

Situation du patient

<input type="checkbox"/> Hospitalisé	Date de sortie prévue :
<input type="checkbox"/> Résident en EHPAD/USLD	<input type="checkbox"/> évalué par EMSP intra-hospitalière
<input type="checkbox"/> A domicile	<input type="checkbox"/> évalué par EMG

PERSONNE(S) A L'ORIGINE DE LA DEMANDE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier | <input type="checkbox"/> Médecin coordonat.rice.eur |
| <input type="checkbox"/> Infirmier.e libéral.e | <input type="checkbox"/> Infirmier.e coordina.teur.trice | <input type="checkbox"/> Assistant.e social.e |
| <input type="checkbox"/> Patient.e/résident.e | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> Entourage (préciser) : |

Nom :	Prénom :
N° de téléphone :	E-mail :
Service :	Etablissement :

PATIENT.E / RESIDENT.E

Nom usuel :	Prénom :
Nom de naissance :	
Date de naissance :	Age :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
N° de téléphone :	N° sécurité sociale :

ENTOURAGE

Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Téléphone :	Lien :	Téléphone :	Lien :
Ville :		Ville :	

MEDECIN TRAITANT

Nom :	E-mail :
N° de téléphone :	Informé de la demande <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

IDEL/IDEC

Nom :	Prénom :
N° de téléphone :	E-mail :

AUTRES SERVICES

<input type="checkbox"/> EMSP intra-hospitalière :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> HAD :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> SSIAD :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> Prestataire à domicile :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> Accompagnement social :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> Autres (portage de repas, kiné, aide-ménagère...) :	Téléphone :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à la réflexion et à la prise de décision | <input type="checkbox"/> Soutien de l'entourage |
| <input type="checkbox"/> Douleur, évaluation des symptômes d'inconfort | <input type="checkbox"/> Soutien des soignants |
| <input type="checkbox"/> Soins de supports, conseils thérapeutiques | <input type="checkbox"/> Souffrance psychologique |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | <input type="checkbox"/> Soutien social |

Pathologie évolutive :

Antécédents	Traitement en cours
Allergies :	Voie d'abord : <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Sous-cutanée <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Gastro/jéjunostomie <input type="checkbox"/> PAC/Picline

SYMPTOMES

(...précisez)

- Douleur Escarre Refus alimentaire Troubles de la déglutition
 Confusion Troubles cognitifs Troubles du comportement Troubles de la vigilance

Pallia10 géronto : ... Indice de Karnofsky : ... Autonomie/GIR : ... APA : oui / non
en cours / à faire

JURIDIQUE

<input type="checkbox"/> Mesure de protection juridique	Coordonnées :		
	Du diagnostic	Du pronostic	Intervention EMSP
Patient informé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entourage informé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Directives anticipées :	Oui - Non		
<i>Désignée selon l'article R.1111-17 du Code de la santé publique</i>			
Personne de confiance :	Oui - Non		
<i>Désignée selon l'article L.1111-6 du Code de la santé publique</i>			
Nom :	Prénom :	Téléphone :	

Merci de joindre à cette demande le DLU, tout compte-rendu d'hospitalisation, de RCP, évaluation palliative, avis spécialisés, examens complémentaires pertinents ainsi que la copie de la mutuelle, carte vitale, et carte nationale d'identité du patient/résident.

Cadre réservé à l'EMSP

Date de la commission d'admission : Participants :
Accord médecin traitant : oui non Pré-inclusion : oui non
Motif :

Date VADI : Confirmée le :
Binôme : Médecin Psychologue IDE Par :