

Unité de Soins Palliatifs :

Tél : 04 32 75 93 51

Fax : 04 32 75 93 52

Mail : soinspalliatifs@ch-avignon.fr

NOM ET PRENOM :

Date de naissance : Situation familiale

Lieu de résidence du patient :

.....

Lieu de résidence de son entourage référent (*préciser si différent*) :

.....

Lieu de séjour actuel du patient :

Domicile HAD SSIAD Réseau

EHPAD.....

Hôpital :

Clinique :

Coordonnées de la structure

PERSONNES REFERENTES – **INDISPENSABLE**

● **Médecin généraliste référent** : (nom, tél, fax) :

.....

● **Médecin hospitalier référent** : (nom, tél, fax) :

.....

● **Professionnel de santé à contacter pour confirmer cette admission** (nom, tél, fax) :

.....

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET CHARGE EN SOINS

AUTONOMIE	Grille AGGIR =	OMS =	
<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Appui : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> délai :	<input type="radio"/> Semi autonome <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> délai :	<input type="radio"/> Alité/dépendant	<input type="radio"/> Lever : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

TOILETTE
<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète

VOIE D'ABORD
<input type="radio"/> Cathéter central <input type="radio"/> PAC <input type="radio"/> Périphérique <input type="radio"/> Sous-cutané
<input type="checkbox"/> Date de pose : <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Date de changement aiguille : <input type="checkbox"/> Date de pose :

OXYGENOTHERAPIE	TRACHEOTOMIE
<input type="radio"/> Dépendant Débit :	<input type="radio"/> Canule <input type="radio"/> Soins Changement le

AEROSOLS ⇒ Produits utilisés : (voir prescription médicale)	⇒ Nombre/jour :
--	-----------------

ALIMENTATION	Poids =
<input type="radio"/> Orale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixe <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Compléments alimentaires <input type="checkbox"/> Régime : (joindre une copie du régime)	<input type="radio"/> Entérale <input type="checkbox"/> SNG n° Posée le : <input type="checkbox"/> Gastrostomie Nocturne <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> 24h/24 voir prescription médicale <input type="checkbox"/> Diurne
	<input type="radio"/> Parentérale <input type="checkbox"/> Nom du produit : voir prescription médicale <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> 24h/24 <input type="checkbox"/> Diurne <input type="radio"/> Poids :

TRANSIT
<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Stomie <input type="radio"/> Constipation <input type="checkbox"/> Lavement <input type="radio"/> Diarrhée
Traitement : (voir prescription médicale)

ELIMINATION URINAIRE
<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Bassin / urinal <input type="radio"/> Etui pénien <input type="radio"/> Sonde vésicale CH : <input type="radio"/> Urétérostomie <input type="radio"/> Néphrostomie Changement le

ETAT BUCCAL
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sécheresse <input type="radio"/> Dououreux <input type="radio"/> Mycose Autres : <input type="radio"/> Soins de bouche <input type="checkbox"/> Produits utilisés : <input type="checkbox"/> Bâtonnet mousse <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Nombre / jour : <input type="checkbox"/> Compresse

ETAT CUTANE	
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Altéré <input type="radio"/> Escarre <input type="radio"/> Pansement	
Localisation	Stade

Produits utilisés :
<input type="radio"/> Sérum physiologique <input type="radio"/> Eau stérile <input type="radio"/> Hydrofibre <input type="radio"/> Alginate <input type="radio"/> Hydrogel <input type="radio"/> Hydrocolloïde <input type="radio"/> Hydrocellulaire <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Charbon <input type="radio"/> Interfaces <input type="radio"/> Antiseptique

DOULEUR

Evaluation : EVA Autre :

Matin Après midi Soirée Nuit A la mobilisation

Localisations :

PCA

↳ Modèle : IV S/C

ETAT NEUROPSYCHIQUE

Comportements		Troubles cognitifs	
<input type="radio"/> Agitation	<input type="radio"/> Agressivité verbale	<input type="radio"/> Confusion	<input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale
<input type="radio"/> Somnolence	<input type="radio"/> Agressivité physique	<input type="radio"/> Hallucinations	<input type="radio"/> Démence

ETAT PSYCHOLOGIQUE**SOUFFRANCE MORALE**

Anxiété Angoisse Troubles de l'humeur Insomnie Patient Entourage

Autre :

DATE	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS

TYPE DE SEJOUR DEMANDE :

- Prise en charge de la fin de vie
- Séjour temporaire pour :
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traitement des symptômes | <input type="checkbox"/> Réorientation du lieu de vie souhaitée <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Répit familial | <input type="checkbox"/> Consultation de pré admission réalisable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Organisation RAD | <input type="checkbox"/> |

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

- Dès que possible
- Plus tard (*préciser*)

Commentaires :

.....

.....

.....