

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

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 :							
Lieu de résidence du patient :							
Lieu de résidence de son entourage référent (préciser si différent) :							
Lieu de séjour actuel du patient :	Coordonnées de la structure						
□ Domicile □HAD □ SSIAD □ Réseau							
□ EHPAD							
□ Clinique :							
PERSONNES REFERENTES – INDISPENSABLE							
. Mádecia gégéveliste géfévent . (non tél fox) .							
Médecin généraliste référent : (nom, tél, fax) :							
Médecin hospitalier référent : (nom, tél, fax) :							
• Professionnel de santé à contacter pour confirmer cette admission (nom, tél, fax) :							

CONTEXTE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL

PATHOLOGIE PRINCIPALE:	TRAITEMENT:
□ Cancer - primitif	Traitement actuel
- métastases □ SIDA	
☐ Pathologie neurologique	
☐ Insuffisance d'organe terminale :☐ Pathologie aiguë intercurrente :	
_ ramologic algae intercarrente :	
Histoire de la maladie :	
- Histoire de la maiadie .	
	INFORMATIONS DONNERS
	INFORMATIONS DONNEES :
	Au patient
	☐ diagnostic ☐ pronostic Transfort on USB (préciser dans quels termes)
	Transfert en USP (préciser dans quels termes)
Episodes de détresse antérieurs :	● A la famille
	☐ diagnostic ☐ pronostic
AUTRES PATHOLOGIES :	CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL :
	☐ Précarité ☐ Isolement ☐ à préciser
	Cituation formilials difficile.
	Situation familiale difficile :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET CHARGE EN SOINS

AUTONOMIE G	rille AGGIR =	OMS	S =		
O Autonome O O Appui: ∜□ oui ∜□ r	9 Semi autonome non	O Alité/dépendant O Lev		er:৬□ oui ৬□ non	
TOILETTE					
O Autonome O	Aide partielle	O Aide comp	olète		
VOIE D'ABORD					
O Cathéter central			O PAC		
O Périphérique	O Sous-cutané				
♣□ Date de pose : ♣□ Date de changement aiguille : ♣□ Date de pose :					
OXYGENOTHERAPIE	TRACHEOT	OMIE			
	O Can		• • •		
O Dépendant Débit :	Chang	ement le			
AEROSOLS ⇒ Produit	s utilisés : (voir prescription	médicale)	⇒ Nombre/jour	:	
ALIMENTATION					
O Orale S□ Normale □ Hachée □ Mixe □ Liquide □ Compléments alimentaires □ Régime :	O Entérale SNG n° Posée le : Gastrostomie Guine de la company de la	♥□ Nocturne ♥□ 24h/24 ♥□ Diurne	O Parentérale Nom du produit : voir prescription mé Nocturne 24h/24 Diurne Poids :	Poids = dicale	
(joindre une copie du régime)					
TRANSIT O Continent	O Incontinent	O Stomie	O Constipation □Lavement	O Diarrhée	
Traitement : (voir prescrip ELIMINATION URINAIRE					
O Continent O Bassin / urinal O Urétérostomie	O Incontinen O Etui pénier O Néphrosto	n O So	onde vésicale CH : ngement le		
ETAT BUCCAL					
O Normal O Soins de bouche ∜ Produits utilisés : ∜ Nombre / jour :		O Douloureux	⊙ Mycose	Autres :	
ETAT CUTANE					
O Normal		O Escarre	O Pansement	Otada	
	Localisation			Stade	
Produits utilisés :					
O Sérum physiologique O Hydrogel O Charbon	 Eau stérile Hydrocolloïde Interfaces	HydrofibHydroceAntiseption	Ilulaire O Autre		

DOULEUR									
Evaluation :	O EVA								
O Ma Localisations	itin :	O Après midi		O Soii	ree	O Nuit	O A la mobilisation		
O PCA					0.8/0				
∜Modèle :	200000000000000000000000000000000000000	O IV			⊙ S/C				
ETAT NEURO	OPSYCHIQUE	om onto				Troubles	aitifo		
Comportements				Troubles cognitifs					
O Agitation O Agressivité verbale O Agressivité physique			е		Confusion Hallucinations		O Désorientation temporo-spatiale O Démence		
ETAT PSYCH	HOLOGIQUE				SOUFFRANCE	MORALE			
Anxiété	O Angoisse	O Troubles de	oubles de l'humeur		O Insomnie	O Patient	O Entourage		
Autre :									
DATE		C	OMMEN	NTAIR	ES / OBSERV	ATIONS			
1									
İ									
L									
TYPE DE S	SEJOUR DEM	IANDE :							
□ Price on	charge de la	fin de vie							
	emporaire pou								
	nent des sym			Réori	entation du lie	eu de vie sou	haitée 🗆		
Répit f	amilial			Cons	ultation de pré	é admission r	éalisable □oui □non		
Organ	isation RAD								
DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :									
☐ Dès que possible				Commentaires :					
☐ Plus tard	(préciser)								
			-						