

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ETSP

EQUIPE TERRITORIALE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE
(Nécessité de transmettre les CR de consultation, CRH et RCP si disponibles)

DATE DE LA DEMANDE :

Le patient est-il hospitalisé ? Oui Non

Si oui, dans quel hôpital et quel service :

Date de sortie prévue :

IDENTITÉ DU PATIENT :

M.

M^{me}

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Téléphone :

N° Sécurité Sociale :

N° CPAGE :

Situation familiale :

Personne ressource à contacter :

Lien avec le patient :

Mesure de protection : Oui Non

Si oui, laquelle :



SERVICE
SOINS PALLIATIFS

06 28 78 34 85 – etsp@chu-rouen.fr

CHU
ROUEN NORMANDIE

PATHOLOGIE EN COURS NÉCESSITANT LA PRISE EN CHARGE PAR LES SOINS PALLIATIFS

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Médecin traitant	SSIAD	HAD
Service d'aide à domicile	Patient	Entourage
Libéraux	Établissement / Service de Soins	

Coordonnées (Nom, tél, mail, fax):

Information du patient par rapport à l'intervention de l'ETSP	Oui	Non
Information de sa famille	Oui	Non

MOTIF DE LA DEMANDE

Douleur : Physique Psychique Existentielle

Autres symptômes nécessitant l'expertise de l'ETSP :

Problématique sociale :

Actions initiées en lien avec la problématique sociale Oui Non

précisez :

Si éléments d'inquiétudes, précisez :

Situation complexe / éthique :

Patient informé du diagnostic ? Oui Non

Patient informé du pronostic ? Oui Non

■ TRAITEMENT

■ RDV PRÉVU(S) (SUIVI HDJ, CS, HOSPITALISATION EN COURS, ETC)

Fiche urgence pallia déjà rédigée ?
(si oui, à transmettre avec la demande)

Oui

Non

■ COORDONNÉES DES RÉFÉRENTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX (TÉL, MAIL, FAX, ADRESSE, ETC.)

Médecin traitant :

Médecin hospitalier et établissement référents :

IDE libéraux :

Pharmacie :

Service d'aides à domicile (SSIAD, HAD, organisme privé, etc) :

Prestataire de santé :

Intervenant social :

Mandataire judiciaire :

VEUILLEZ JOINDRE LES COMPTES RENDUS