

# 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<sup>me</sup>

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](mailto:etsp@chu-rouen.fr)

**CHU**  
ROUEN NORMANDIE



## ■ 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**