

DEMANDE D'ADMISSION EN SERVICE MEDECINE/ LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS

Médecin coordinateur : DR Marlière Isabelle

Cadre de santé : Mme Cecconi Sabrina

Tél : 04 90 21 34 16 Fax : 04 90 21 34 80

DATE DE LA DEMANDE :

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

☐ LISP-MEDECINE

☐ LISP-SSR

IDENTIFICATION PATIENT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé (e)

Enfant (s) : ☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées :

ETABLISSEMENT DE SANTE OU MEDECIN EFFECTUANT LA DEMANDE

.....
.....

PERSONNES REFERENTES - INDISPENSABLE

Médecin généraliste référent :

Nom :

Tél :

Mail :

Médecin spécialiste référent :

Nom :

Tél :

Mail :

Personne de confiance :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél :

Personne à prévenir pour l'admission :

Nom :

Tél :

DIAGNOSTIC ET HISTOIRE DE LA MALADIE

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX / ALLERGIES CONNUES

EVALUATION CLINIQUE ACTUELLE

CONTEXTE PSYCHO SOCIAL ACTUEL

PROJET DE VIE

- ☐ RAD
- ☐ EHPAD
- ☐ FOYER LOGEMENT

- ☐ MESURE DE PROTECTION :
 - ☐ À envisager
 - ☐ Sauvegarde de justice
 - ☐ Curatelle
 - ☐ Tutelle
 - ☐ Habilitation familiale

- ☐ Coordonnées de la personne chargée de la protection juridique :

.....
.....

INFORMATIONS DONNEES

Au patient :

Diagnostic : ☐ Oui ☐ Non

Situation palliative : ☐ Oui ☐ Non

Transfert en LISP : ☐ Oui ☐ Non

A la famille :

Diagnostic : ☐ Oui ☐ Non

Situation palliative : ☐ Oui ☐ Non

Transfert en LISP : ☐ Oui ☐ Non

Directives anticipées rédigées : ☐ Oui ☐ Non / Joindre copie si possible

AIDES AU DOMICILE

- ☐ IDEL / Coordonnées cabinet :
- ☐ Kinésithérapeute / Coordonnées cabinet :
- ☐ SSIAD
- ☐ Auxiliaires de vie
- ☐ EMSP
- ☐ HAD
- ☐ Suivi DAC
- ☐ Dossier APA : FAIT - EN COURS DE CONSTITUTION - NON FAIT

TRAITEMENT EN COURS

Merci de fournir la dernière ordonnance de traitement

- ☐ **Prise des traitements :** Autonome - Aide partielle - Aide totale

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET CHARGE EN SOINS

AUTONOMIE :

Grille AGGIR =

OMS =

☐ Autonome

☐ Semi autonome

☐ Dépendant

☐ Lever : ☐ Oui

☐ Non

TOILETTE / HABILLAGE :

☐ Autonome

☐ Aide partielle

☐ Aide complète

VOIE D'ABORD

☐ PAC

☐ PICC LINE

☐ Autre :

☐ Périphérique

☐ Sous cutané

TRACHEOTOMIE : ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTATION :

POIDS ACTUEL :

- ☐ Orale
- ☐ Entérale
 - ☐ SNG
 - ☐ Gastrostomie
 - ☐ Jéjunostomie
- ☐ Parentérale

- ☐ Compléments alimentaires : OUI - NON
- ☐ Port de prothèses dentaires : HAUT - BAS

- ☐ Régime alimentaire :
- ☐ Trouble de la déglutition : OUI - NON
- ☐ Prise de repas : Autonome - Aide partielle - Aide totale

ETAT CUTANE :

- ☐ Normal
- ☐ Escarres Stade :.....
 Localisation :.....
- ☐ Pansements :.....
- ☐ Matelas à air à prévoir : OUI - NON

EVALUATION DE LA DOULEUR :

ETAT PSYCHOLOGIQUE

ETAT NEUROPSYCHIQUE

Comportements	Troubles cognitifs	Trouble de l'humeur
☐ Agitation ☐ Somnolence ☐ Agressivité verbale ☐ Agressivité physique ☐ Risque de fugue ☐ Trouble du sommeil	☐ Confusion ☐ DTS ☐ Démence ☐ Hallucinations visuelles ☐ Hallucinations auditives	☐ Syndrome dépressif ☐ Anxiété ☐ Angoisse ☐ Apathie

DEFICIENCES

- ☐ **Neuro-locomotrices** :
- ☐ Risque de chutes : OUI - NON
- ☐ Transferts : Aide totale - Aide partielle - Autonome
- ☐ Déplacement en intérieur : OUI - NON
- ☐ Déplacements en extérieur : OUI - NON
- ☐ Aides techniques : Déambulateur - Rollator - Fauteuil roulant
- ☐ **Incontinences** :
- ☐ Urinaire : OUI - NON
- ☐ SAD : OUI - NON
- ☐ Néphrostomies : OUI - NON
- ☐ Peniflow
- ☐ Urinal
- ☐ Fécale : OUI - NON
- ☐ Stomies digestives
- ☐ **Audition** :
- ☐ Surdité
- ☐ Appareils auditifs : Droite - Gauche

☐ **Trouble de la communication :**

- ☐ Dysphasie
- ☐ Aphasie
- ☐ Barrière de la langue

N.B : Pour toutes demandes d'admissions, merci de joindre :

- Le dernier Bilan Sanguin
- Le dernier compte-rendu d'hospitalisation
- Les derniers examens complémentaires/ paracliniques réalisés