

DEMANDE D'ADMISSION

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse du patient :

.....

Téléphone : Profession :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubinage Vit seul(e)
 Pacs Divorcé(e) Veuf(ve)

Rapprochement familial : Oui Non

Domicile des proches :

.....

Nombre d'enfants :

Personne à prévenir :

(Nom et numéro de téléphone)

Provenance : Domicile Centre Hospitalier ou Clinique

Nom de l'établissement : Service :

Téléphone : Fax :

Médecin responsable :

Personnes référentes :

Médecin hospitalier référent : Téléphone :

Cadre de santé : Téléphone :

Assistante sociale : Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :

Personne à contacter pour confirmer cette admission :

Prise en charge administrative : joindre une photocopie de la carte de sécurité sociale

Mutuelle : Oui Non

Diagnostic principal :

.....
.....
.....
.....

Indice de Karnofsky : Performance Status :

Antécédents :

.....
.....
.....
.....

Histoire de la maladie (date de début, principaux événements, traitement reçus : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, etc...).

.....
.....
.....
.....

IMPORTANT :

Quels sont les signes cliniques et les symptômes non contrôlés ? (douleurs, troubles neuropsychiques, troubles digestifs, troubles respiratoires...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quels sont les traitements et posologies actuels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Soins spécifiques :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PAC | <input type="checkbox"/> Voie veineuse profonde | <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique |
| <input type="checkbox"/> Sous cutanée | <input type="checkbox"/> PCA (d'opioïdes) | <input type="checkbox"/> SAP (seringue électrique) |
| <input type="checkbox"/> O ₂ : litre / minute | <input type="checkbox"/> Trachéostomie | |
| <input type="checkbox"/> Sonde urinaire | <input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique | <input type="checkbox"/> Gastro-jéjunostomie |
| <input type="checkbox"/> Colostomie | | |

Pansements (localisation, type de soins...)

.....

.....

Dépendance du patient :

Locomotion	Seul <input type="checkbox"/>	Aide humaine <input type="checkbox"/> Aide matérielle <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/>
Hygiène	Seul <input type="checkbox"/>	Aide humaine <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/>
Etat cutané	Peau saine <input type="checkbox"/>	Peau fragilisée <input type="checkbox"/>	Escarres <input type="checkbox"/>
Continence			
* Selles	Seul <input type="checkbox"/>	Aide humaine <input type="checkbox"/> Aide matérielle <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/>
* Urines	Seul <input type="checkbox"/>	Aide humaine <input type="checkbox"/> Aide matérielle <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/>
Alimentation	Seul <input type="checkbox"/>	Aide humaine <input type="checkbox"/>	Aide complète <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire	Normal <input type="checkbox"/>	Haché fin <input type="checkbox"/>	Mixé <input type="checkbox"/>
Communication	Normale <input type="checkbox"/>	Désorientation partielle <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/>	Agitation <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/>

Le malade a-t-il été vu par l'Equipe Mobile de Soins palliatifs ? Oui Non

Pourquoi demandez-vous une hospitalisation en soins palliatifs ?

.....

.....

.....

.....

Date d'admission souhaitée : Le plus tôt possible Autre
Précisez :

Quelles sont les informations données au patient pour expliquer son transfert en soins palliatifs ?

.....
.....
.....
.....

Que sait le malade sur sa maladie et/ou son pronostic ?

.....
.....
.....

Si le malade s'améliore lors de son hospitalisation en USP, le retour à domicile ou dans votre service serait-il possible ?

.....
.....
.....

Autres commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RAPPEL :

Il est indispensable que, lors de son admission, le patient arrive avec un maximum d'informations médicales (dossier médical, examens complémentaires, radiographies, TDM, IRM, etc...) et de transmissions infirmières du jour pour pouvoir assurer une continuité des soins.

Docteur Gwladys FONTAINE
gwladys.fontaine@ch-senlis.fr

Cadre de santé : Mme Nathalie FRULEUX
nathalie.fruleux@ch-senlis.fr