

CORPALIF - Coordination régionale des soins palliatifs en Ile de France

DEMANDE D'ADMISSION EN CENTRE DE SOINS PALLIATIFS

VERSION n°23 du 09-09-2004. Dossier commun (3 pages) pour les centres suivants :
Cochez les centres contactés

75 Bretonneau (G°) fax : 01.53.11.17.29	91 Bligny fax : 01 69 26 32 04
75 Cognacq-JayBroussais fax 01.56.56.42.83	91 Viry La Tournelle fax : 01 69 24 16 66
75 Pôle Maurice Abiven :	92 Puteaux fax : 01.41.18.31.43
- Diaconesses fax : 01.44.74.28.00	92 Notre Dame du Lac fax : 01.47.14.84.02
- Maison sur Seine fax : 01 44 74 28 00	93 R.Muret Bigottini (G°) fax : 01.41.52.57.09
75 Jeanne Garnier fax : 01.43.92.21.11	93 Montferm. Alpha 93 fax : 01 45 09 70 35
75 Sainte-Perine (G°) fax : 01.44.96.37.57	94 Emile Roux (G°) fax : 01 45 95 84 52
78 Claire Demeure fax : 01.30.21.39.31	94 Charles Foix (G°) fax: 01.49.59.46.91
78 Houdan fax : 01 30 46 18 43	94 P. Brousse Gér. (G°) fax: 01 45 59 36 91
78 La Verrière fax : 01.39.38.89.90	94 P. Brousse USP fax : 01 45 59 37 40
91 Arpajon fax : 01.64.92.91.68	95 Charles Richet (G°) fax : 01 34 29 24 89
91 Joffre (G°) fax : 01 69 83 63 97	95 Magny en Vexin fax : 01 34 79 43 21
91 G.Clemenceau (G°) fax : 01 69 23 21 07	

° (G) : Centre dont le recrutement est uniquement gériatrique

NOM et Prénom du malade : Mr, Mme, Melle

Date de naissance :

Situation familiale :

Lieu de résidence du patient (commune, dpt, ardt) :

Lieu de résidence de son entourage référent *si différent* :

Lieu de séjour actuel du malade : (entourer et compléter, tampon, merci)

Domicile :

Hôpital :

Service :

Clinique :

Personnes référentes (INDISPENSABLES) :

Médecin hospitalier référent avec TELEPHONE, Fax :

Médecin généraliste avec TELEPHONE, Fax :

Assistante sociale avec TELEPHONE, Fax :

Personne à contacter en priorité pour confirmer cette admission (Nom, tél., fax) :

Situation sociale (joindre une photocopie des documents): Prise en charge à 100% : oui non

Mutuelle : oui non

Autres :

PATHOLOGIE PRINCIPALE:Cancer

.....

Métastases

.....

SIDA SLA Autres **Histoire de la maladie :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTRES PATHOLOGIES :

.....

.....

SYMPTOMES PRESENTS:

Symptômes non contrôlés :

.....

.....

Douleurs Angoisse majeure Troubles neuro-psy :

Autres :

.....

Aggravation manifeste Phase terminale **TYPE DE SEJOUR DEMANDE:**Prise en charge de la fin de vie Séjour temporaire pour :▪ Traitement des symptômes ▪ Répit familial ▪ Organisation HAD **DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :**Dés que possible

Plus tard (préciser) :

TRAITEMENT :

Projet thérapeutique :

.....

Arrêt traitement curatif Arrêt chimiothérapie, radiothérapie Transfusions régulières nécessaires

Traitement actuel et posologies :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS DONNEES :Au patient : diagnostic pronostic

Transfert en USP (préciser dans quels termes) :

.....

.....

A la famille : diagnostic pronostic **CONTEXTE PSYCHO- SOCIAL :**Précarité Isolement Au domicile Demande d'euthanasie formulée

Situation familiale difficile :

Le patient a-t-il été vu par une Equipe mobile de SP:

oui non

Une consultation de pré-admission est-elle

réalisable ? oui non **COMMENTAIRES :**

.....

.....

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

Conscience - Communication

Confusion Somnolence Coma

Troubles du comportement :

Bonne communication Communication difficile Ne communique plus

Respiration

Oxygénothérapie Trachéotomie

Déplacement - Validité

Marche sans aide Va au fauteuil Autonome pour la toilette Marche avec aide Aide à la toilette Grabataire Toilette totale

Alimentation

Per os seul Sonde naso-gastrique En aspiration gastrique Per os avec aide Sonde de gastrostomie Perfusion SC IV PAC KT

Elimination

Continence Incontinence fécale Néphrostomie Incontinence urinaire Sonde vésicale Colostomie

Etat cutané

Normal Autres :Escarres

Pansements ou soins particuliers :

Trait. Douleur

Seringue électrique PCA Indice de **Karnofsky** :

COMPLEMENT D'INFORMATION MEDICALE POUR LES PATIENTS VIH :

Date de séropositivité VIH :

Date passage SIDA :

Pathologies opportunistes :

Date de survenue :

-
-
-

-
-
-

Taux CD4 :

Dernière charge virale :

Antirétroviraux : oui non

Associations actuelles :

Antirétroviraux reçus :

Echappement : oui non Hépatite : oui non VHC VHB Traitement reçu : oui non Date :

Traitement en cours :

Echappement : oui non

Toxicomanie :

Substitution : oui non

Troubles psychiatriques :

Il est indispensable que lors de son admission le patient arrive avec :

- ses papiers d'identité, sa carte de sécurité sociale
- des informations médicales complètes : compte-rendu détaillé d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, derniers examens biologiques et complémentaires...
- des transmissions infirmières du jour, afin d'assurer une continuité des soins.