

DEMANDE D'ADMISSION LISP SMR :

Unité de Soins Médicaux et de Réadaptation « Hôpital Saint Joseph – Montval »

Date de la demande :/...../.....

Date d'entrée souhaitée:/...../.....

| DEMANDEUR | |
|--------------------------|--------------|
| Médecin traitant : | |
| Téléphone : | Mail : |

| COORDONNÉES PATIENT / ENTOURAGE | | | |
|---|--|-------------------|------|
| NOM de Naissance : | NOM Utilisé : | | |
| Prénom : | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | |
| Né(e) le/...../..... | Âge : ans | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | CP : | | |
| Téléphone : | Mail : | | |
| Assuré(e) : Nom : | Prénom : | | |
| Numéro de Sécurité Sociale : | | | |
| Caisse (adresse) : | <input type="checkbox"/> CMU de base | | |
| Mutuelle : | <input type="checkbox"/> Complémentaire CMU | | |
| Structure d'hébergement/hospitalisation actuelle du patient : | | | |
| Réfèrent familial <small>Personne à contacter pour cette demande</small> | Lien de parenté | Téléphone | Mail |
| | | | |
| Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joindre le document | | | |
| Nom : | Prénom : | Téléphone : | |

| DONNÉES SOCIO-ADMINISTRATIVES | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <u>Mode de vie</u> | <input type="checkbox"/> Vit seul(e) | <input type="checkbox"/> Avec conjoint | <input type="checkbox"/> En milieu familial <input type="checkbox"/> En structure collective |
| <u>Situation familiale</u> | <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf |
| <u>Mesure de protection juridique</u> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours | | |
| Si oui, laquelle : | <input type="checkbox"/> Tutelle | <input type="checkbox"/> Curatelle | <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Mandat de protection future |
| Tuteur / curateur | Nom : | Prénom : | |
| | Commune | Téléphone | |

| | | | |
|---------|---|---|---|
| Aides | APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | AAH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre : | | | |

| | | |
|--|---|--|
| <u>Devenir envisagé</u> | <input type="checkbox"/> Retour à domicile souhaité | <input type="checkbox"/> Retour USLD / EHPAD |
| Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assuré ce projet ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| <u>Démarches sociales en cours :</u> | | |
| | | |
| Nom de l'Assistant Social : | | Téléphone_..... |

DONNÉES MÉDICALES DÉTERMINANT L'ORIENTATION

Pathologie principale :

Antécédents médicaux et chirurgicaux:

Identification de la situation palliative

| | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| Préciser le contexte : Le patient est-il en phase terminale de sa maladie ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Statut : indice Karnofsky | <input type="checkbox"/> < 50 % | <input type="checkbox"/> < 30 % |
| Y a-t-il un traitement de la maladie causale ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

| | |
|--------------------------|--|
| <u>Statut infectieux</u> | Vaccination COVID <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | BRM /BHRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précision : |

Autre :

TRAITEMENTS EN COURS (à compléter ou transmettre copie des ordonnances des traitements en cours)

| Nom médicament | Dosage | Posologie | Début | Fin | Durée |
|----------------|--------|-----------|-------|-----|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN LISP SMR

Nécessité d'une prise en charge de symptômes majeurs d'inconfort (cocher et compléter)

- Douleurs nociceptives et/ou neuropathiques.
- Symptômes respiratoires (dyspnée, toux, encombrement...)
 Préciser :.....
- Symptômes digestifs (nausées, vomissements, constipation, subocclusion, occlusion, diarrhées, hoquet...)
 Préciser :.....
- Symptômes neurologiques ou neuropsychiatriques (déficit moteur, confusion, délire, perte de conscience...)
 Préciser :.....
- Altération de l'état cutané (plaie importante, escarres multiples, prurit, fistules ORL ou digestives...)
 Préciser :.....

Autre symptôme invalidant.
Préciser :.....

Souffrance psychologique et/ou spirituelle :
 Du patient ou de son entourage
 De l'équipe de soin

Problématique sociale ou socio-familiale (isolement, conflits, besoin de rapprochement géographique...). Préciser :

Besoin de répit
 Du patient ou de son entourage
 De l'équipe de soin

Problématique éthique (demande d'aide à la décision complexe, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA), demande d'euthanasie par le patient et/ou sa famille, refus de soins...). Préciser :

| ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE | | | |
|--|---|--|---|
| Toilette | Motricité | Alimentation | Incontinence |
| <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> aide lavabo <input type="checkbox"/> aide douche <input type="checkbox"/> toilette au lit | <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> aide marche <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> cannes <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> levé fauteuil <input type="checkbox"/> alité | <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> aide repas <input type="checkbox"/> installation repas Texture : Régime : <input type="checkbox"/> nutrition artificielle Voie : | <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> colostomie <input type="checkbox"/> stomie urinaire (bricker) |
| État psychique | État cutané | État Respiratoire | |
| <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> dépressif <input type="checkbox"/> confus <input type="checkbox"/> désorienté <input type="checkbox"/> déambulant <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> calme | <input type="checkbox"/> sain <input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> pansement(s) : | <input type="checkbox"/> oxygène Débit : Équipement : | Taille : m Poids : kg |

PROJETS EVOQUES OU ATTENDUS

Hospitalisation pour la prise en charge de la phase terminale.
 Séjour temporaire pour :
 Répit familial ou équipe soignante
 Prise en charge symptomatique
 Inscription de précaution en structures (EHPAD,USLD).
 Retour A Domicile ou en structure médico-sociale envisageable.

INFORMATION DU PATIENT ET ENTOURAGE

1/ Au patient

Patient informé de la situation palliative :
 Oui
 Non

Patient informé de la demande d'admission dans un le service :
 Oui
 Non

Quel diagnostic a été annoncé ?

Préciser :.....

Quel pronostic a été annoncé ?

Préciser :.....

2/ A l'entourage

Entourage informé de la situation palliative :

- Oui
- Non

Entourage informé de la demande d'admission dans un le service :

- Oui
- Non

Quel diagnostic a été annoncé ?

Préciser :.....

Quel pronostic a été annoncé ?

Préciser :.....

LE PATIENT EST-IL CONNU D'UNE EQUIPE RESSOURCE EN SOINS PALLIATIFS ?

Réseau de soins palliatifs. Préciser :.....

EMSP. Préciser :.....

HAD. Préciser :.....