

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



- ☐ **USP La Maison : Gardanne (13)**
 ☎ 04.42.65.73.60 ☎ 04.42.58.37.25
- ☐ **USP CHU La Timone Marseille (13)**
 ☎ 04.91.38.57.08 ☎ 04.91.38.76.58
- ☐ **USP La Villa IZOÏ Gardanne (13)**
 ☎ 04.42.19.18.20 ☎ 04.42.19.18.21
- ☐ **USP Saint Elisabeth Marseille (13)**
 ☎ 04.91.18.90.37 ☎ 04.91.18.90.51
- ☐ **USP CH Saint Joseph Marseille (13)**
 ☎ 04.91.80.68.91 ✉ soinspalliatifsdouleur@hopital-saint-joseph.fr
- ☐ **USP Saint Thomas de Villeneuve Aix en Provence (13)**
 ☎ 04.42.17.11.11 ☎ 04.42.17.17.89

- ☐ **USP C.H. Salon de Provence (13)** ☎ 04.90.44.91.21
 ☎ 04.90.44.94.12
- ☐ **USP CH Gap (05)**
 ☎ 04.92.40.69.16 ☎ 04.92.40.61.41
- ☐ **USP CH Antibes (06)**
 ☎ 04.97.24.82.99 ☎ 04.97.24.82.96
- ☐ **USP CHU Nice (06)**
 ☎ 04.92.03.62.86 ☎ 04.92.03.59.02
- ☐ **USP CH Draguignan (83)**
 ☎ 04.94.60.50.98 ☎ 04.94.60.54.58
- ☐ **USP Les Colibris CH La Seyne /Toulon(83)**
 ☎ 04.94.11.32.05 ☎ 04.94.11.32.06
- ☐ **USP CH d'Avignon (84)**
 ☎ 04.32.75.93.51 ☎ 04.32.75.93.52

Date de la demande :

NOM ET PRENOM : **Situation Familiale :**

Date de naissance : **Age :** **Sexe :**

Lieu de résidence du patient :

Lieu de résidence de son entourage référent (préciser si différent) :

Téléphone patient : **Téléphone personne ressource :**

Personne de confiance : ☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées :

Lieu de séjour actuel du patient :

- ☐ Domicile
- ☐ Hôpital :
- ☐ Service :
- ☐ Clinique :

Médecin demandeur :
N° de tel ou tampon :

PERSONNES REFERENTES – INDISPENSABLE

- Médecin hospitalier : nom + n° tel :
- Médecin généraliste référent : nom + n° tel :
- IDEL / SSIAD / HAD / Réseau : nom + n° tel :
- Assistante Sociale : nom + n° tel :

Personne à contacter pour confirmer cette admission (nom, tel, fax) :

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



PATHOLOGIE PRINCIPALE

☐ Cancer

Local. Primitive :

Métastase :

☐ SIDA

☐ SLA

☐ Autres (préciser) :

• **Histoire de la maladie :**

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

AUTRES PATHOLOGIES

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

SYMPTOMES PRESENTS

Symptômes non contrôlés :

☐ Douleurs

☐ Angoisse majeure

☐ Troubles neuro-psy

Autres :

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

☐ Aggravation manifeste ☐ Phase terminale

Risques graves : ☐ Hémorragie ☐ Dyspnée

Présence de BMR : ☐ oui ☐ non

PROJET THERAPEUTIQUE

☐ Arrêt traitement curatif

☐ Radiothérapie

☐ Transfusions régulières nécessaires

☐ Chimiothérapie

☐ Alimentation parentérale

☐ Autre :

☐ Problématique éthique : précisez :

.....

TRAITEMENT ACTUEL ET POSOLOGIES :

- *A mettre en pièces jointes*

INFORMATIONS DONNEES

• **Au patient :**

☐ Diagnostic ☐ Gravité de la pathologie

☐ Transfert en USP (préciser dans quels termes) :

.....

Des Directives Anticipées ont-elles été rédigées ?

☐ oui

☐ non

• **A la personne de confiance :**

☐ Diagnostic ☐ Gravité de la pathologie

☐ Transfert en USP

• **A la famille :**

☐ Diagnostic ☐ Gravité de la pathologie

☐ Transfert en USP

CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL

☐ Précarité ☐ Isolement ☐ Au domicile

- Situation familiale difficile :

.....
.....

TYPE DE SEJOUR DEMANDE

☐ Prise en charge de la fin de vie

☐ Séjour temporaire pour :

Traitement des symptômes ☐

Répit familial ☐

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

☐ Dès que possible

☐ Plus tard (préciser) :

Retour possible si stabilisation ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ à domicile ☐ dans le service

☐ autre structure

Le patient a-t-il été vu par un référent de SP

(EMSP, réseau, consultant...) ? ☐ oui ☐ non

Commentaires :

.....
.....

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

• Conscience – Communication :

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Confusion | ☐ Somnolence | ☐ Coma |
| ☐ Bonne communication | ☐ Communication difficile | ☐ Ne communique plus |

Troubles du comportement :

.....

• Souffrance psychologique : ☐

• Respiration :

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| ☐ Oxygénothérapie | ☐ Trachéotomie | ☐ Respirateur/V.N.I |
| | | ☐ Drain Type Pleur-X |

Indice de Karnofsky :
ou OMS :

• Déplacement – Validité :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Marche sans aide | ☐ Marche avec aide | ☐ Va au fauteuil |
| ☐ Transfert possible seul | ☐ Grabataire | |
| ☐ Autonome pour la toilette | ☐ Aide à la toilette | ☐ Toilette totale |

Poids / Taille :

..... /

• Alimentation :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Per os seul | ☐ Per os avec aide | |
| ☐ Sonde nasogastrique | ☐ Sonde de gastrostomie | ☐ En aspiration gastrique |

• Elimination :

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Continence | ☐ Incontinence urinaire | ☐ Incontinence fécale |
| ☐ Néphrostomie | ☐ Sonde vésicale | ☐ Colostomie |

• Etat cutané :

- ☐ Normal
- ☐ Escarres (localisation) :
- ☐ Autres pansements ou soins particuliers :

• Charge en soins :

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Légère | ☐ Moyenne | ☐ Lourde |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

• Voies d'administration

- | | | | | |
|--|------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| ☐ SC | ☐ IV | ☐ Chambre implantable | ☐ KT/Picc Line | ☐ Périmédullaire |
| ☐ Seringue électrique | ☐ PCA | | | |

• Volonté spécifique du patient :

.....

.....

INDISPENSABLE A L'ADMISSION

Papiers d'identité, carte vitale, bulletin de situation.

Compte-rendu d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, prescription, derniers examens complémentaires. Les transmissions infirmières du jour.