

DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



☐ **USP La Maison : Gardanne (13)**

☎ 04.42.65.73.60 ☎ 04.42.58.37.25

☐ **USP «La Clairière» CHU Ste Marguerite Marseille (13)**

☎ 04.91.74.51.00 ✉ usp@ap-hm.fr

☐ **USP La Villa IZOÏ Gardanne (13)**

☎ 04 91 74 51 ☎ 04.42.19.18.21

☐ **USP Saint Elisabeth Marseille (13)**

☎ 04.91.18.91.99 ☎ 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 Manosque (04)**

☎ 04.92.73.44.61 ☎ 04.92.73.43.62

☐ **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

☐ **USP CH Ajaccio (2A)**

☎ 04.95.29.93.97 ✉ sec.spalliatifs@ch-ajaccio.fr

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.