



**EQUIPE MOBILE DE SOINS DE SUPPORT ET DE SOINS PALLIATIFS**  
**RESPONSABLE MEDICAL : Docteur Flora TREMELLAT**

Département de Soins Palliatifs – Pôle CHIC  
CHU de Nice – Hôpital Archet 1 – 2<sup>ème</sup> B

Secrétariat ☎ 04.92.03.55.18

Fax : 04.92.03.59.02

Infirmières ☎ 04.92.03.55.22 / 04.92.03.55.23

Mail : [emsp@chu-nice.fr](mailto:emsp@chu-nice.fr)

**DEMANDE D'INTERVENTION**

**DEMANDE DE CONSULTATION EXTERNE**

Date et heure de la demande :

Nom du service demandeur :

UF

Tél IDE :

Nom du médecin demandeur :

Tél Médecin

Nom, prénom, âge du patient :

**PATHOLOGIE**

**TRAITEMENT ACTUEL**

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE**

**PRISE DE CONTACT**

**REEVALUATION**

**ADMISSION SUR L'USP**

**Symptômes physiques**

**Symptômes psychologiques  
difficultés familiales et/ou équipe**

**Questionnement éthique**

Douleur

Angoisse

Limitation des traitements

Symptômes respiratoires

Tristesse

Questionnement sur l'alimentation / l'hydratation

Symptômes digestifs

Insomnie

Demande d'euthanasie ou de mort verbalisée par le patient

Symptômes neuropsychologiques

Repli

Autre questionnement (préciser)

- Hallucination

- Confusion

- Agitation

Colère, agressivité

Refus de soin

Hémorragie

Souffrance existentielle

Le terme Soins Palliatifs a-t-il été évoqué :

Difficultés familiales

Difficultés de l'équipe

Patient : oui  non

Famille : oui  non