



DOSSIER INCLUSION ETSP COEUR DE PROVENCE

Mail : etsp@chibll.fr

Fax : 04 94 72 46 01



Date de la demande :

DEMANDEUR

NOM du demandeur :	
Tel :	Mail :

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Appui médical / paramédical	☐ Accompagnement social
☐ Soutien psychologique patient / entourage	☐ Réflexion éthique
☐ Autres :	

PATIENT

NOM – Prénom :	DDN :
Nom de naissance :	
Adresse :	
Téléphone fixe :	Portable :
Mail :	
Date du retour à domicile :	

PERSONNES A PREVENIR

NOM – Prénom :	Téléphone :
Lien :	

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM – Prénom :	Téléphone :
----------------	-------------

Directives anticipées :	☐ oui	☐ non
-------------------------	------------------------------	------------------------------

MEDECIN TRAITANT REFERENT

NOM - Prénom : Mail :	Téléphone :
--------------------------	-------------

MEDECIN HOSPITALIER REFERENT

NOM : Mail :	Téléphone :
-----------------	-------------

IDE / HAD

NOM : Mail :	Téléphone :
NOM : Mail :	Téléphone :

PRESTATAIRE

NOM : Mail :	Téléphone :
-----------------	-------------

SYMPTOMES PRESENTS

☐ Douleurs ☐ Angoisse majeure ☐ Dyspnée ☐ Autres :	☐ Troubles du comportement ☐ Troubles de la déglutition ☐ Troubles neurologiques
---	---

TRAITEMENTS SPECIFIQUES

☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Alimentation parentérale ☐ Transfusions
--

Veillez joindre, les comptes rendus d'hospitalisations ou courriers récents, traitements actuels et posologies, à votre demande.

A nous transmettre par mail : etsp@chibll.fr ou par fax