

DEMANDE ADMISSION HOPITAL DE JOUR D'ACCOMPAGNEMENT EN SOINS PALLIATIFSA ENVOYER PAR MAIL : <https://bluefiles.com/associationhopitalsaintjoseph/soins-palliatifs> - **Merci de joindre un courrier médical à cette demande****Identité du patient :**

Nom et prénom :
Date de naissance : / / Age :
Adresse :
Téléphone : / / / E-mail :
Personne à contacter :
Provenance du patient : ☐ Domicile ☐ Avec HAD/Réseau :
☐ EHPAD
☐ Etablissement de santé :

Pathologie principale : ☐ Cancer (Précisez) :
☐ Autres :

Situation thérapeutique :

☐ Prise en charge palliative en cours de traitement spécifique (chimio-radiothérapie-dialyse ou autre traitement en cours)
☐ Prise en charge palliative exclusive

Directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Motifs de demande :

☐ Symptômes réfractaires : Evaluation et réajustement de traitement ☐ Répit familial/Soutien psychologique
☐ Evaluation orthophonique (déglutition) ☐ Contact avec une équipe de Soins Palliatifs
☐ Approche psychocorporelle (☐ Kiné/☐ Sophro/☐ Hypnose/☐ Toucher-détente)
☐ Accompagnement social ☐ Evaluation diététique et nutritionnelle
☐ Examens complémentaires :
.....
☐ Soins techniques complexes :
☐ Autres :

Autre :

☐ Le patient a un traitement anticoagulant, si oui lequel :

Professionnels référents (nom, tel, e-mail, fax) :

Médecin spécialiste/hospitalier référent :

.....

Médecin généraliste référent :

.....

Infirmières libérales :

.....

Date d'admission souhaitée :

.....

A REMPLIR PAR LE SERVICE RECEVEUR :

Date d'admission définitive :

.....

Médecin à l'origine de la demande :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Mail :