# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

☐ **USP La Maison - Gardanne (13)**
✆ 04.42.65.73.60 🖷 04.42.58.37.25
☐ **USP La Villa IZOÏ - Gardanne (13)**
✆ 04.42.19.18.21 🖷 04.42.19.18.21
☐ **USP «La Clairière» CHU Ste Marguerite - Marseille (13)**
✆ 04.91.74.51.00 ✉ usp@ap-hm.fr
☐ **USP Sainte-Elisabeth - Marseille (13)**
✆ 04.91.18.91.99 🖷 04.91.18.90.51
☐ **USP «Le Patio» CH Saint Joseph - Marseille (13)**
✆ 04.91.80.68.91
✉ soinspalliatifsdouleur@hopital-saint-joseph.fr
☐ **USP «La Clarta» St Thomas de Villeneuve - Aix-en-Provence (13)**
✆ 04.42.17.11.11 ✉ admissions.usp@hstv.fr
☐ **USP C.H. Pays Salonais - Salon de Provence (13)**
✆ 04.90.44.91.21 🖷 04.90.44.94.12
☐ **USP CH Louis Raffalli - Manosque (04)**
✆ 04.92.73.44.61 🖷 04.92.73.43.62
☐ **USP CHI Alpes du Sud (CHICAS) - 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 - Hôpital L'Archet (06)**
✆ 04.92.03.62.86 🖷 04.92.03.59.02
☐ **USP «Le Patio» CH Dracénie - Draguignan (83)**
✆ 04.94.60.50.98 🖷 04.94.60.54.58
☐ **USP «Les Oliviers» Jean Lachenaud - Fréjus (83)**
✆ 04.94.17.68.00 🖷 04.94.17.69.27
✉ sec.sejour.jeanlachenaud@ajl.asso.fr
☐ **USP Henri Duffaut CH Avignon (84)**
✆ 04.32.75.93.51 🖷 04.32.75.93.52
☐ **USP CH Ajaccio - Corse du Sud (2A)**
✆ 04.95.29.93.97 ✉ sec.spalliatifs@ch-ajaccio.fr
☐ **USP « Les Colibris » CHI Toulon / La Seyne (CHITS) (83)**
✆ 04.94.11.32.05 🖷 04.94.11.32.06 *USP temporairement fermée*

**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 UNITÉ 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 UNITÉ 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.**