



**CENTRE DE RESSOURCE LANDAIS D'ANIMATION
TERRITORIALE EN SOINS PALLIATIFS
DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
UNITE DE SOINS PALLIATIFS LANDES**



UNITE DE MONT DE MARSAN

Tel 05-58-05-13-18
Fax 05-58-05-10-16
Mail medC-secretariat@ch-mt-marsan.fr

UNITE DE DAX

Tel 05-58-35-65-75
Fax 05-58-35-65-78
Mail sec-usp@ch-dax.fr

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Statut / Service : Téléphone :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Personne à prévenir : Nom : Téléphone : Adresse (précisez si différente) :

Personne de confiance : Nom : Téléphone :

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Médecin hospitalier référent : Nom : Téléphone :

Lieu de séjour actuel du patient : Hospitalisé A domicile

Mode de vie : Vit seul En milieu familial En structure médico-sociale (EHPAD, USLD, MAS...)

ACCORD POUR ADMISSION Patient Famille

En quels termes le transfert dans l'unité de soins palliatifs a-t-il été présenté ?

LE PATIENT EST-IL CONNU D'UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS ?

Réseau de soins palliatifs EMSP HAD

Précisez Précisez Précisez

IDENTIFICATION DE LA SITUATION PALLIATIVE

Critère absolu : il doit s'agir d'une maladie grave, avancée et évolutive

Précisez la/lesquelles :

Histoire de la maladie :

Autres pathologies :

Le patient est-il en phase terminale de sa maladie ? Oui Non

Y-a-t-il un traitement de la maladie causale ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Traitement actuel :

Rédaction de directives anticipées : Oui Non

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN USP

Nécessité d'une prise en charge de symptômes majeurs d'inconfort

- Douleurs nociceptives et/ou neuropathiques.
- Symptômes respiratoires :
- Symptômes digestifs :
- Symptômes neurologiques ou neuro-psychiatriques :
- Altération de l'état cutané :
- Autre symptôme invalidant :

Souffrance psychologique et/ou spirituelle

- Du patient
- De son entourage

Besoin de répit

- Du patient ou de son entourage
- De l'équipe de soin

Problématique sociale ou socio-familiale (*isolement, conflits, besoin de rapprochement géographique...*). Précisez

laquelle :

Problématique éthique (*demande d'aide à la décision complexe, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA), demande d'euthanasie par le patient et/ou sa famille, refus de soins...*). Précisez

laquelle :

NOTE LIBRE SUR LA COMPLEXITE DE LA PRISE EN CHARGE

Quels sont les éléments de complexité de la prise en charge justifiant votre demande d'admission en USP ?

.....

.....

.....

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

<p style="text-align: center;"><i>HYGIENE</i></p> <p>Toilette : <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> au lit</p> <p>Soins d'escarre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Pansements <input type="checkbox"/> Oui : durée : <input type="checkbox"/> Non</p>	<p style="text-align: center;"><i>DEPLACEMENT</i></p> <p><input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec Aide <input type="checkbox"/> Alitement <input type="checkbox"/> Fauteuil</p>	<p style="text-align: center;"><i>MATERIEL DE SOINS</i></p> <p><input type="checkbox"/> PAC -Picc Line <input type="checkbox"/> Intra-thécale <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Drain type Pleur-X <input type="checkbox"/> VAC <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<p style="text-align: center;"><i>ALIMENTATION</i></p> <p><input type="checkbox"/> Per os seul <input type="checkbox"/> Per os avec aide <input type="checkbox"/> GPE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> En aspiration gastrique <input type="checkbox"/> Nutrition entérale <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale <input type="checkbox"/> Ne s'alimente plus</p>	<p style="text-align: center;"><i>ELIMINATION</i></p> <p><input type="checkbox"/> Continence <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Stomie</p>	<p style="text-align: center;"><i>COMPORTEMENT</i></p> <p><input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Bonne communication <input type="checkbox"/> Communication difficile <input type="checkbox"/> Ne communique plus</p>

PROJETS EVOQUES OU ATTENDUS

RAD envisageable Structure médico-sociale Fin de vie envisagée dans l'unité

Inscription(s) de précaution en structure(s) réalisée(s) (EHPAD, USLD, FAM...)