

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ETMSP

Reçue le : Délai de prise en charge souhaité :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Numéro de téléphone : N° de sécurité sociale :

Date de naissance : Age :

Personne à contacter :

Origine de la demande

Accord du malade : oui en cours non / Accord du médecin traitant : oui non

Médecin traitant SSIAD Entourage Patient Infirmière libérale

HAD EHPAD Aide à domicile Etablissement MAS

Coordonnées :

Numéro de téléphone :

FAX : Mail :

Motif de la demande :

Douleur physique Douleur sociale Douleur psychique

Douleur spirituelle Entourage Ethique Paramédical

Coordination Symptômes

.....
.....
.....

Pathologie en cours nécessitant des Soins Palliatifs :

.....
.....
.....

Traitements :

.....
.....
.....

Situation palliative et pronostic :

Malade informé du diagnostic : oui non

Malade informé du pronostic : oui non

Charge en soins :

PCA Cathéter Urostomie Incontinence urinaire perfusion en SC

Sonde nasogastrique Colostomie Incontinence fécale Soins de plaies

Sonde de gastrostomie Sonde urinaire Oxygène Trachéotomie

Aide à la toilette Aide à l'alimentation Chambre implantable Aide à la marche

Coordonnées des référents médicaux et paramédicaux (N° de téléphone et adresse) :

Médecin traitant :

Médecin hospitalier et établissement référents :

Médecin de soins palliatifs :

Infirmière libérale :

Pharmacie :

SSIAD :

Autres :

Cadre complété par l'EMSP

Visite de préadmission prévue le :

Validé par :

Refusé le : Par :

Fiche à adresser :

- Soit par mail : emtsp@chi-elbeuf-louviers.fr

- Soit par fax : 02.32.82.21.38