

# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



COCHEZ ET FAXEZ DIRECTEMENT AUX UNITÉS SOUHAITÉES

|                             |                   |                      |                              |                           |                      |
|-----------------------------|-------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 75 | Bretonneau (G)    | fax : 01 53 11 17 29 | <input type="checkbox"/> 91  | Hôpital de Juvisy         | fax : 01 69 54 29 89 |
| <input type="checkbox"/> 75 | Cognacq-Jay       | fax : 01 45 30 83 74 | <input type="checkbox"/> 92  | Notre Dame du Lac         | fax : 01 47 14 84 02 |
| <input type="checkbox"/> 75 | Diaconesses       | fax : 01 44 74 28 00 | <input type="checkbox"/> 92  | USP CH de Puteaux         | fax : 01 41 18 31 43 |
| <input type="checkbox"/> 75 | Jean-Jaurès       | fax : 01 56 55 55 56 | <input type="checkbox"/> 93  | R. Muret Bigottini        | fax : 01 41 52 57 42 |
| <input type="checkbox"/> 75 | Jeanne Garnier    | fax : 01 43 92 21 11 | <input type="checkbox"/> 93  | Montfermeil (alpha 93)    | fax : 01 45 09 70 35 |
| <input type="checkbox"/> 75 | Sainte-Perine     | fax : 01 44 96 37 57 | <input type="checkbox"/> 93  | Hôpital Casanova          | fax : 01 42 35 64 81 |
| <input type="checkbox"/> 77 | Hôpital Forcilles | fax : 01 60 64 62 10 | <input type="checkbox"/> 94  | Albert Chennevier         | fax : 01 49 81 38 28 |
| <input type="checkbox"/> 78 | Claire Demeure    | fax : 01 30 21 39 31 | <input type="checkbox"/> 994 | Charles Foix Ivry (G)     | fax : 01 49 59 46 91 |
| <input type="checkbox"/> 78 | Houdan            | fax : 01 30 46 18 43 | <input type="checkbox"/> 94  | Paul Brousse USP/USPG(G)  | fax : 01 45 59 37 40 |
| <input type="checkbox"/> 78 | La Verrière       | fax : 01 39 38 89 90 | <input type="checkbox"/> 95  | CH V. Dupouy - Argenteuil | fax : 01 34 23 27 46 |
| <input type="checkbox"/> 91 | Arpajon           | fax : 01 64 92 95 22 | <input type="checkbox"/> 95  | Charles Richet            | fax : 01 34 29 24 89 |
| <input type="checkbox"/> 91 | Dupuytren (G)     | fax : 01 69 83 63 97 | <input type="checkbox"/> 95  | Magny en Vexin            | fax : 01 34 79 43 21 |
| <input type="checkbox"/> 91 | G. Clémenceau     | fax : 01 69 23 21 07 | <input type="checkbox"/> 95  | CH R. Dubos - Pontoise    | fax : 01 30 75 45 50 |
| <input type="checkbox"/> 91 | Bligny            | fax : 01 69 26 32 04 |                              |                           |                      |

G : Centre dont le recrutement est uniquement gériatrique > 60 ans

Cette liste correspond aux USP qui sont reconnues à titre tarifaire par l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France

**NOM DE NAISSANCE ET PRÉNOM** : .....

Date de naissance : ..... Situation familiale : .....

Lieu de résidence du patient : .....

Lieu de résidence de son entourage référent (*préciser si différent*) : .....

Lieu de séjour actuel du patient

Domicile     HAD     SSIAD     Réseau

Hôpital : .....

Service : .....

Clinique : .....

Tampon merci

## PERSONNES RÉFÉRENTES - INDISPENSABLE

- Médecin hospitalier référent : nom + n° tél : .....
  - Médecin généraliste référent : nom + n° tél : .....
  - Assistante sociale : nom + tél : .....
- Personne à contacter pour confirmer cette admission (nom, tél, fax) : .....

Prise en charge administrative (*joindre copie carte vitale*)

- Mutuelle     oui     non    ● Prise en charge à 100 %     oui     non

Téléchargeable depuis : [www.corpalif.org](http://www.corpalif.org)

Pour toute demande concernant ce document contactez : [corpalif@orange.fr](mailto:corpalif@orange.fr) ou [spicard@hopital-dcss.org](mailto:spicard@hopital-dcss.org)

## PATHOLOGIE PRINCIPALE

Cancer  
Local. Primitive : .....

Métastases : .....

SIDA  
 SLA  
 Autres (préciser) : .....

● Histoire de la maladie :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## AUTRES PATHOLOGIES

.....  
.....

## SYMPTÔMES PRÉSENTS

Symptômes non contrôlés :  
 Douleurs  
 Angoisse majeure  
 Troubles neuro-psy  
Autres : .....

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

Aggravation manifeste     Phase terminale

Risques graves :     Hémorragie     Dyspnée

Présence de BMR     oui     non

## TRAITEMENT

Projet thérapeutique : .....

.....

Arrêt traitement curatif  
 Arrêt chimiothérapie, radiothérapie  
 Transfusions régulières nécessaires

● *Traitement actuel et posologies* :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

● *Substitution (subutex, méthadone)* :     oui     non  
● *Alimentation parentérale* :     oui     non

## INFORMATIONS DONNÉES

● *Au patient* :  
 diagnostic     pronostic  
Transfert en USP (*préciser dans quels termes*) :  
.....

● *A la famille* :  
 diagnostic     pronostic

## CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL

Précarité     Isolement     Au domicile  
 Demande d'euthanasie formulée

● *Situation familiale difficile* :  
.....  
.....  
.....

### TYPE DE SÉJOUR DEMANDÉ

Prise en charge de la fin de vie  
 Séjour temporaire pour :  
    Traitement des symptômes      
    Répit familial      
    Organisation HAD   

### DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE :

Dès que possible  
 Plus tard (*préciser*) :  
.....  
.....

Retour possible si stabilisation     oui     non  
si oui :     à domicile     dans le service

Le patient a-t-il été vu par un référent de SP  
(EMSP, réseau, consultant...)     oui     non

**Commentaires :**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## EVALUATION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

### • Conscience - Communication

- Confusion       Somnolence       Coma  
 Bonne communication       Communication difficile       Ne communique plus

Troubles du comportement : .....

### • Respiration

- Oxygénothérapie       Trachéotomie       Respirateur

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       En aspiration gastrique  
 Sonde naso-gastrique       Sonde de gastrostomie

### • 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

## COMPLÉMENT D'INFORMATION MÉDICALE POUR LES PATIENTS VIH

Date de séropositivité VIH : .....      Date passage SIDA : .....

Pathologies associés ou classantes SIDA évolutives :

- .....
- .....
- .....

Dernier taux de CD4 : .....      Date : .....

Dernière charge virale : .....      Date : .....

Co infection :  VHC       VHB

### INDISPENSABLE A L'ADMISSION

- Papiers d'identité, carte vitale
- Compte-rendu d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, prescription, derniers examens complémentaires
- Les transmissions infirmières du jour