DEMANDE D'ADMISSION POUR SOINS PALLIATIFS
B. PARTIE MÉDICALE

A REMPLIR par le médecin prescripteur et à retourner au service des Admissions de l'Etablissement de Santé, accompagnée de la partie administrative.

Nom: …… Prénom : ……..…

Poids : ……Taille : ……

Le cas échéant :
- Date d'hospitalisation antérieure : ……

Motif de la demande d'admission en soins palliatifs :

☐ Diagnostic principal :

☐ Symptôme d'inconfort

☐ Suivi ou symptômes palliatifs à préciser :

☐ Renseignements médicaux :

Phase palliative : ☐ Initiale ☐ Evolutive ☐ Finale

AUTONOMIE	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale		OUI	NON
Marche				Incontinence urinaire		
Toilette				Incontinence anale		
Alimentation				Présence d'escarres		
Habillage				Fauteuil roulant		
Transfert				Décubitus permanent		
				Communication		

Le patient est-il informé du diagnostic : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Traitements à la date de la demande

Oxygénothérapie	OUI	NON		Pansements	OUI	NON		Voie d'abord (précisier)	OUI	NON

Nom et prénom de la personne à contacter ou personne de confiance : .....
Numéro de téléphone :.....
Lien de parenté : .....

Médecin traitant :
Coordonnées :
Accord du médecin traitant ? ☐Oui ☐ Non

Médecin prescripteur du séjour :
Coordonnées :

REMARQUES COMPLEMENTAIRES

Merci de joindre une copie de la carte d'identité.
Un compte rendu d'hospitalisation, une lettre détaillée doit impérativement accompagner le patient lors de son admission.