

Merci de nous transmettre ce formulaire via adresse mail sécurisée sec.hdj.ledivit@ail.asso.mssante.fr avec les éléments médicaux les plus précis afin de nous permettre d'assurer au mieux notre suivi.

Identité du patient	
Nom et Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone: E-mail :
Adresse:	
Nom et coordonnées de la personne à prévenir :	
Lieu de séjour actuel du patient :	☐ EHPAD ☐ Domicile ☐ Avec HAD ☐ Établissement de santé _____
Données médicales	
Pathologie principale :	☐ Cancer ☐ Localisation primitive : ☐ Métastases ☐ Autres :
Situation thérapeutique :	☐ Palliatif symptomatique ☐ Palliatif spécifique (chimio/radiothérapie ou autre traitement en cours) ☐ Palliatif terminal
Suivi par une équipe de soins palliatifs :	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Si oui, laquelle :
Motifs de la demande:	☐ Symptômes : évaluation et réajustement de traitements ☐ Soutien psychologique patient et proches ☐ Approche psycho-corporelle ☐ Soutien pour le maintien à domicile et/ou le devenir ☐ Soins techniques complexes ☐ Accompagnement social ☐ Contact avec une équipe de soins palliatifs ☐ Autres Précisez : _____ _____ _____ _____
Professionnels référents (nom, tel, e-mail)	
Médecin spécialiste/hospitalier référent :	
Médecin généraliste référent :	
Cabinet infirmier :	

Cachet et signature du médecin à l'origine de la demande :