



**DEMANDE D'ADMISSION EN LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS (L.I.S.P)**

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (E.M.S.P)**

Fiche à transmettre au secrétariat de Soins Palliatifs ([emsp@ch-narbonne.fr](mailto:emsp@ch-narbonne.fr) – Tél. 04.68.42.36.12 Fax 04.68.42.63.31)

DATE : ...../...../.....

<p><b>MEDECIN DEMANDEUR :</b></p> <p>Nom et Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP :</p> <p>Ville :</p> <p>Tél. / Fax :</p> <p>EMAIL :</p>	<p><b>SERVICE DEMANDEUR :</b></p> <p>Tél. / Fax :</p> <p>Signature et Cachet :</p>
---	--

<p><b>IDENTIFICATION DU PATIENT :</b></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Date de Naissance :</p> <p>Age :</p> <p>Tél. :</p>	<p>Adresse :</p> <p>CP :</p> <p>Ville :</p>
<p>Structure d'hébergement actuelle du patient :</p> <p>Domicile <input type="checkbox"/> Etablissement Hospitalier <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> Réseau de Soins Palliatifs <input type="checkbox"/></p>	
<p>Situation familiale :</p> <p>Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/></p>	
<p>Nombre d'enfant(s) :</p>	<p>Situation géographique :</p>
<p>Définissez le contexte Médico-social:</p> <p>Précarité <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Conflits <input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/></p>	
<p>Médecin Traitant :</p> <p>Tél. :</p>	
<p>Personne de Confiance : Désignée <input type="checkbox"/> Non désignée <input type="checkbox"/></p>	
<p>Si oui : Nom et Prénom : Tél. :</p>	
<p><b>Directives Anticipées rédigées :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	

## IDENTIFICATION DE LA SITUATION PALLIATIVE

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

Précisez la/lequel (les):

Précisez le contexte :

- Le patient est-il en phase terminale de sa maladie ?     Oui             Non  
Statut : Indice Karnofsky :                                     < 50%         < 30%  
Y-a-t-il un traitement de la maladie causale ?         Oui             Non  
Si oui, dans quel objectif ?

Traitements en cours : (Joindre ordonnance)

## MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN LISP OU USP

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

(Merci de cocher les symptômes concernés parmi les propositions ci-dessous et de modifier/compléter les descriptions entre parenthèses)

- Douleurs nociceptives et/ou neuropathiques.
- Symptômes respiratoires (*dyspnée, toux, encombrement...*)
- Symptômes digestifs (*nausées, vomissements, constipation, subocclusion, occlusion, diarrhées, hoquet...*)
- Symptômes neurologiques ou neuropsychiatriques (*déficit moteur, confusion, délire, perte de conscience...*)
- Altération de l'état cutané (*plaie importante, escarres multiples, prurit, fistules ORL ou digestives...*)
- Autre symptôme invalidant. Précisez :

### 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 :

**EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS**

<i>HYGIENE</i>	<i>DEPLACEMENT</i>	<i>DISPOSITIFS DE SOINS</i>
<p>Toilette : <input type="checkbox"/> sans aide</p> <p><input type="checkbox"/> avec aide</p> <p><input type="checkbox"/> au lit</p> <p>Soins d'escarre : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Matelas : <input type="checkbox"/> hôtelier</p> <p><input type="checkbox"/> préventif</p> <p><input type="checkbox"/> curatif</p>	<p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Avec Aide</p> <p><input type="checkbox"/> Alitement</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil</p> <p><input type="checkbox"/> Appui membres inférieurs</p>	<p><input type="checkbox"/> Chambre implantable</p> <p><input type="checkbox"/> Picc Line</p> <p><input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> PERF</p> <p><input type="checkbox"/> Trachéotomie</p> <p><input type="checkbox"/> Oxygène</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiration</p> <p><input type="checkbox"/> Pansements</p> <p><input type="checkbox"/> Simples</p> <p><input type="checkbox"/> Complexes</p> <p><input type="checkbox"/> VAC</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : .....</p>
<i>ALIMENTATION</i>	<i>ELIMINATION</i>	<i>COMPORTEMENT</i>
<p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Aide au repas</p> <p><input type="checkbox"/> GPE <input type="checkbox"/> SNG</p>	<p><input type="checkbox"/> Continence</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde</p> <p><input type="checkbox"/> Stomie</p>	<p><input type="checkbox"/> Cohérence</p> <p><input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale</p> <p><input type="checkbox"/> Démence</p> <p><input type="checkbox"/> Déambulation nocturne</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiété</p>

**PROJET EVOQUES OU ATTENDUS :**

Hospitalisation pour la prise en charge de la phase terminale.

Séjour temporaire pour :

Prise en charge symptomatique  Répit familial ou équipe soignante

Inscription de précaution en structures (EHPAD, USLD,...)

Retour A Domicile ou en structure médico-sociale envisageable.

**INFORMATION DU PATIENT ET ENTOURAGE :**

**1) Au PATIENT :**

- ⇒ Patient informé de la situation palliative : OUI  NON
- ⇒ Patient informé de la demande d'admission dans un service de Soins Palliatifs ou de l'intervention de l'E.M.SP :
- OUI  NON
- ⇒ ⇒ Quel **diagnostic** a été annoncé :
- ⇒ Quel **pronostic** a été annoncé :

**- 2) A L'ENTOURAGE :**

- ⇒ Entourage informé de la situation palliative : OUI  NON
- ⇒ Entourage informé de la demande d'admission dans un service de Soins Palliatifs ou de l'intervention de l'E.M.S.P :
- OUI  NON
- ⇒ Quel **diagnostic** a été annoncé :
- ⇒ Quel **pronostic** a été annoncé :

**LE PATIENT EST-IL CONNU D'UNE EQUIPE RESSOURCE EN SOINS PALLIATIFS ?**

Réseau de soins palliatifs

Précisez :

E.M.S.P

Précisez :

H.A.D

Précisez :