



# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS tel : 02 51 44 63 64

A faxer au numéro suivant : 02 51 08 54 86 ou 20486

Faite par Dr

Ou à envoyer par mail : unite.soins.pallia@chd-vendee.fr

→ La rédaction de la demande d'admission doit être faite par un médecin

→ Le patient doit avoir exprimé son accord pour être hospitalisé au sein de l'Unité de Soins Palliatifs (USP).

## IDENTITE DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Personne à prévenir : .....

Médecin traitant : Dr ..... N°: .....

Date d'admission souhaitée pour le :

### PATHOLOGIE PRINCIPALE motivant l'admission à l'USP

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

Histoire de la maladie : .....

.....

.....

.....

.....

Projet de soins : .....

.....

Traitement actuel : (joindre les ordonnances)

Présence BMR :  OUI  NON

## MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Nécessité d'une prise en charge de symptômes majeurs d'inconfort (précisez) :

Symptômes neurologiques : .....  Douleur : .....

Symptômes respiratoires : .....  Altération de l'état cutané : .....

Symptômes digestifs : .....  Autres : .....

Souffrance psychologique et/ou spirituelle :  Du patient  De l'entourage

Précisez : .....

Besoin de répit :  Du patient ou de son entourage  De l'équipe de soin

Problématique sociale / socio-familiale (isolement, conflit, besoin de rapprochement géographique, précarité) ?

(Précisez) : .....

.....

Problème éthique (aide à la décision complexe, Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives, demande d'euthanasie...)

(Précisez) : .....

.....

Informations données :

Au patient :  Diagnostic  Pronostic

A la famille :  Diagnostic  Pronostic

Projets évoqués ou attendus :

Retour A Domicile ou en structure envisageable

Transfert dans une structure : SSR, EHPAD, USLD, FAM, ...

Fin de vie envisagée dans l'unité