

DEMANDE A FAXER A L'EMSP

Si pas d'étiquette patient : inscription manuscrite

Etiquette patient

Nom : _____ Date de la demande : _____

Prénom : _____ Date de PEC souhaitée : _____

Date de naissance : _____ Médecin demandeur : _____

Médecin Traitant : _____

Dispositif à domicile : HAD Réseau Cap Santé Trégor/Accompagné SSIAD Libéraux

Diagnostic et contexte médical

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement spécifique à visée curative en cours : Oui Non Décision en attente

Epuisement de l'effet curatif des traitements spécifiques : Oui Non

PEC palliative exclusive : Oui Non

Problématiques

Douleur Autres symptômes physiques Symptômes psychiques Phase terminale

Soutien à l'Equipe de Soins Réflexion sur le projet de vie Questionnement éthique

Conseils sur une situation clinique

.....

.....

.....

.....

.....

Termes utilisés pour présenter l'intervention ou le séjour en HDJ ?

Soins de support Soins palliatifs Equipe « Douleur » Soutien/accompagnement

Cancer Tumeur Métastase Autre :

Connaissance du patient / des proches sur le diagnostic / pronostic : _____

.....

.....

.....

NATURE DE LA DEMANDE

Intervention en service / HAD / Structure conventionnée

- Service / structure : _____ - Chambre : _____

Consultation externe « Soins de support, douleurs cancéreuses et séquellaires »

Hôpital de jour (HDJ) de soins de support

- Date (si déjà prévue) : _____ - Téléphone du patient : _____

=> En cas de demande d'HDJ, merci de compléter les éléments dans l'encadré au verso

CADRE RESERVE POUR LA DEMANDE HDJ « Soins de support »

Critères justifiant le recours à l'HDJ

- Patient symptomatique ne répondant pas à la chimiothérapie
- Patient ayant exprimé le souhait d'un décès à domicile
- Question éthique en rapport avec la fin de vie ou des limitations de soins
- Situation grave (pronostic de quelques semaines à quelques mois)
- Symptomatologie importante

Traitement envisagé au cours de l'HDJ

- Chimiothérapie Transfusion Ponction d'ascite (+/- perfusion d'albumine)
- Ponction pleurale (+ terrain à risque) Kétamine Qutenza
- Autre :

Prise en charge demandée au cours de l'HDJ (précisez si besoin)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fatigabilité (OMS 3 ou 4) justifiant un lit <input type="checkbox"/> EMSP (Médecin + IDE) <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Diététicienne <input type="checkbox"/> Service social <input type="checkbox"/> Oncologue / hématologue référent <input type="checkbox"/> IDE « Thérapie ciblée » <input type="checkbox"/> Imagerie médicale : <input type="checkbox"/> Biologie : 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IDE « Plaie et Cicatrisation » <input type="checkbox"/> Education au traitement antalgique par IDE <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute (bilan...) <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Musicothérapeute <input type="checkbox"/> Hypnose <input type="checkbox"/> Sophrologie <input type="checkbox"/> Consultation psychiatre <input type="checkbox"/> Bénévoles <input type="checkbox"/> Aumônier <input type="checkbox"/> Socio-esthéticienne <input type="checkbox"/> Autre :
--	---