

CHU SAINT ANDRE – U29 Tél : 05 56 79 58 58 Fax : 05 56 79 47 80	MAISON DE SANTE MARIE GALENE <i>(association des Dames du Calvaire)</i> Tél : 05 57 22 25 38 Fax : 05 57 22 25 58	
UNITE DE SOINS PALLIATIFS	UNITE DE SOINS PALLIATIFS	UNITE MEDICALE Tumeur Cérébrale
Docteur Benoît BURUCOA Docteur Matthieu FRASCA	Dr Claude TOULOUSE-BRYGOO Docteur Philippe DUPONT Docteur Frédéric DUVAL	Docteur Lionel BOIX Docteur Marie Claire SANDRET

Date de la demande : _____ **Date d'entrée souhaitée :** _____

I – LA PERSONNE MALADE

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Nationalité :** _____
Date de naissance : _____ **Age :** _____

Pour une admission à la Maison de Santé Marie Galène, veuillez préciser :

Centre de SECURITE SOCIALE
N° SECURITE SOCIALE
MUTUELLE : n°+ adresse

Où se trouve le patient au moment de la demande ?

ETABLISSEMENT : (adresse et téléphone) | **DOMICILE :** (adresse et téléphone)

ACCORD POUR L'ADMISSION : **PATIENT** **FAMILLE**

Suivi par une Equipe Mobile de S.P : oui non Si oui laquelle ? :

Demande de suivi par EMSP concernée : oui non

PARTIE RESERVEE à l'équipe de L'USP

Besoin d'appel du médecin de l'USP pour précisions
 Médecin généraliste Médecin hospitalier Médecin d'HAD Médecin de Réseau
 Attente de l'avis de l'EMSP

<p>DATE :</p> <p><input type="checkbox"/> ACCORD</p> <p><input type="checkbox"/> Prioritaire <input type="checkbox"/> Non prioritaire</p> <p><input type="checkbox"/> REFUS Raison :</p>	<p><input type="checkbox"/> ADMISSION</p> <p><input type="checkbox"/> ANNULATION</p> <p><input type="checkbox"/> Décès avant admission</p> <p>➤ autre motif :</p>
---	---

SUIVI éventuel :

II – LA PERSONNE MALADE ET SA PATHOLOGIE

ANTECEDENTS

PATHOLOGIE - Début :

Cancer échappant à tout traitement spécifique adapté ;

Localisation :

Métastases :

Affection neurologique dégénérative évoluée ;

Pathologie HIV ;

Insuffisance fonctionnelle sévère d'organe (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque, cérébrale...)

Pathologie aiguë intercurrente engageant le pronostic vital : métabolique, infectieuse, hémorragique, cérébrale...

Autres complications ou pathologies actuelles :

TRAITEMENTS SPECIFIQUES :

➤ Sont en cours : chimiothérapie radiothérapie hormonothérapie antiviraux

➤ Sont arrêtés : chimiothérapie radiothérapie hormonothérapie antiviraux

Connaissance de la maladie par la personne malade oui non

III – LA PERSONNE MALADE ET SON ETAT ACTUEL

ESTIMATION DE L'ESPERANCE DE VIE

quelques jours

< 1 mois

1 à 2 mois

> 2 mois

POIDS :

Amaigrissement :

DEGRE D'AUTONOMIE :

alité

marche avec aide

toilette totale

va au fauteuil

marche seul

aide à la toilette

Statut OMS \geq à 3 ou

Indice de Karnovsky \leq à 30

ALIMENTATION :

per os seul

per os avec aide

fausses routes

ne s'alimente plus

entérale et/ou parentérale

ELIMINATION :

incontinence urinaire

incontinence fécale

sonde vésicale

ETAT CUTANE :

altération majeure de l'état cutané (plaie, fistule, escarre)

SONDE : vésicale gastrique **STOMIE** : Préciser svp :

CHARGE EN SOINS INFIRMIERS :

- Charge en soins lourde avec des SIIPS \geq à 20
- Soins de base entre 10 et 20, Soins techniques entre 1 et 20,
- Soins relationnels entre 4 et 20)

DOULEURS :

- anciennes > 3 mois complexes et rebelles Palier II Palier III
- Localisation (s) principale (s) :

SYMPTOMES NEUROLOGIQUES :

- déficit moteur
- perte de la conscience ou obnubilation
- confusion, agitation, hallucination, délire
- coma
- état de mal épileptique résistant

RISQUE HEMORRAGIE Grave Localisation principale :

SYMPTOMES RESPIRATOIRES

- Complexes (dyspnée intense, toux, encombrement) oxygénothérapie

SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE MAJEURE : _ syndrome dépressif, anxiété majeure

- du malade suivi psy. et/ou de l'entourage suivi psy.

PROBLEMATIQUES SOCIALES COMPLEXES :

- Patient isolé, sans famille, précarité, sans papier, sans ressource...
- Situations socio-familiales difficiles : divorce, séparation, conflits familiaux...
- Epuisement familial

PROBLEMATIQUES ETHIQUES COMPLEXES :

- Décision complexe : poursuite, limitation ou arrêt d'aides techniques pouvant modifier le pronostic vital
- Demande d'euthanasie formulée par le patient et/ou sa famille.
- Refus de soins.

EVOLUTIVITE DES 15 DERNIERS JOURS :

- Amélioration Stabilisation Aggravation

PROJET POUR SEJOUR EN USP :

- Hospitalisation pour la prise en charge de la phase terminale
- Séjour temporaire durant la phase palliative spécifique ou symptomatique pour réévaluer et /ou rééquilibrer
- Séjour de répit, pour la famille ou les équipes soignantes.

TRAITEMENT ACTUEL (indiquer les doses des antalgiques et psychotropes SVP) :

per os :

injectables et perfusions :

VOIE D'ABORD

- Chambre implantable Voie centrale Sous-clavière
 Jugulaire Voie veineuse périphérique Perfusion sous-cutanée

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LE PATIENT

Nom, adresse et téléphone du ou des proches référents (indiquer le lien de parenté) :

NOM et ADRESSE du MEDECIN TRAITANT :

NOM et établissement du MEDECIN HOSPITALIER REFERENT :

Suivi par HAD : oui non Si oui laquelle :

Suivi par Réseau de Soins palliatifs : oui non Si oui laquelle :

Pour l'UMTC, patient connu par le Dr M.L. REVERS en consultations pluridisciplinaires ? : oui non

Pour l'USP-CHU, patient connu par le Dr BURUCOA ou le Dr PATERNOSTRE en consultations ? oui non

Autre structure demandée :

DEMANDE REMPLIE PAR :

NOM Prénom..... Fonction.....

TELEPHONE(S) :..... Tampon