

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>CHU SAINT ANDRE – U29</b><br><br>Tél : 05 56 79 58 58<br>Fax : 05 56 79 47 80 | <b>MAISON DE SANTE MARIE GALENE</b><br><i>(Association des Dames du Calvaire)</i><br><br>Tél : 05 57 22 25 38<br>Fax : 05 57 22 25 58 |   |
| <b>UNITE DE SOINS PALLIATIFS</b>   | <b>POLE SOINS PALLIATIFS</b>  | <b>POLE SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR - TC)</b> |
| Pr Benoît BURUCOA<br>Dr Camille SAUSSAC  | Dr Emmanuel de LARIVIERE  | Dr Lionel BOIX  |

Date de la demande :

Date d'entrée souhaitée :

**I – LA PERSONNE MALADE :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Assurance Maladie :

Mutuelle :

**ACCORD POUR L'ADMISSION :**

**PATIENT**

**FAMILLE**

**Le patient est il connu par une équipe pluridisciplinaire :**

• HAD :  oui  non

Si oui laquelle :

• Equipe Mobile de Soins Palliatifs :  oui  non

Si oui laquelle :

|   |   |
|---|---|
| PARTIE RESERVEE à l'équipe de L'USP   |   |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'appel du médecin de l'USP pour précisions   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>ACCORD</b><br><input type="checkbox"/> Prioritaire <input type="checkbox"/> Non prioritaire<br><input type="checkbox"/> <b>REFUS</b> Raison : | <input type="checkbox"/> <b>ADMISSION</b><br><input type="checkbox"/> <b>ANNULATION</b><br><input type="checkbox"/> Décès avant admission<br><input type="checkbox"/> autre motif : |

**SUIVI éventuel :**

## II – LA PERSONNE MALADE ET SA PATHOLOGIE

Rappel nom du patient :

### 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)

Rappel nom du patient :

**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.

Rappel nom du patient :

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

per os :

injectables et perfusions :

**VOIE D'ABORD**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chambre implantable | <input type="checkbox"/> Voie centrale              | <input type="checkbox"/> Sous-clavière          |
| <input type="checkbox"/> Jugulaire           | <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique | <input type="checkbox"/> 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 :**

- Pour l'USP du CHU, patient connu par :
  - Le Dr BURUCOA ou le Dr PATERNOSTRE en **consultation douleur**  oui  non
  - Le Dr Sylvie CHARRAZAC-RAYNAUD en **consultation hypnose**  oui  non

**Autre structure demandée :**

**DEMANDE REMPLIE PAR :**

**NOM Prénom**..... **Fonction**.....

**TELEPHONE(S) :**..... **Tampon**