

## DEMANDE D'ÉVALUATION PAR UNE ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS

Merci de l'envoyer dûment remplie **par mail ou par fax au 05 57 22 25 58**

**Vous souhaitez :**                       **Un suivi en HDJ**                       **Un déplacement de l'EMSP\***

*Le patient doit être informé et d'accord pour l'intervention de notre équipe*

Le médecin référent est-il informé et d'accord pour cette demande      OUI                       NON

Nom et fonction du demandeur :

Date :

### IDENTITE DU PATIENT

Nom et prénom :

né(e) le :

sexe : F – M

Adresse :

Téléphone :

Nom et coordonnées de la personne ou du service à contacter (tel et / ou email) :

### LIEU D'ÉVALUATION DU PATIENT :

À domicile

EHPAD - EMS

Etablissement :

Hospitalisé(e)

Etablissement :

### PATHOLOGIE PRINCIPALE :

Traitement spécifique en cours (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, etc.):

OUI

NON

### MOTIF DE LA DEMANDE :

- Symptômes      Précisez :
- Souffrance psychologique du patient et/ou de la famille
- Difficultés sociales / questionnement autour du devenir
- Soutien d'équipe
- Questionnement éthique. Précisez :

Commentaires :

### PROFESSIONNELS REFERENTS (nom – commune - tél)

Médecin traitant :

Médecin spécialiste – hospitalier référent :

Pour les EHPAD-EMS : Médecin coordinateur :

IDE CO :

Cabinet infirmier – SSIAD - HAD :

Association aide à domicile – prestataires :

Déjà connu d'une EMSP :

NON

OUI  laquelle :

\* L'EMSP intervient à domicile et dans les établissements médico-sociaux des communes suivantes : BORDEAUX CAUDERAN, LE BOUSCAT, BRUGES, BLANQUEFORT, PAREMPUYRE, LUDON MEDOC et LE PIAN MEDOC ; ainsi que dans les établissements sanitaires avec lesquels elle est conventionnée.