



CENTRE HOSPITALIER DE SARTENE

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION en lits identifiés soins palliatifs (LISP)

Document à retourner au **Secrétariat Médical** :

E-Mail : secretariat-medical@ch-sartene.fr

Tél : 04 95 77 95 08

Fax : 04 95 77 95 07

Courrier : Centre Hospitalier de Sartène
À l'attention du Secrétariat Médical
Lieu-dit Cacciabeddu
Route de Grossa - BP 141
20100 SARTENE

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Identité patient

Nom de naissance :

Nom utilisé :

1er Prénom :

Liste des prénoms :

Sexe : F M I

Date de naissance :

Réservé au médecin de l'Établissement du CH Sartène :

Accord Refus

Motif :

Date et signature :

VOLET MEDICAL - CONFIDENTIEL

DIAGNOSTIC PRINCIPAL en relation avec la prise en charge palliative :

DIAGNOSTICS ASSOCIES :

ANTECEDENTS :

HISTOIRE DE LA MALADIE en lien avec la prise en charge palliative (date de début, principaux événements, traitements reçus, etc.) :

SYMPTOMES PHYSIQUES :

	Contrôlés	Non contrôlés		Contrôlés	Non contrôlés		Contrôlés	Non contrôlés
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prurit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Occlusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles hémorragiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Un bilan cognitif a été réalisé ? Non Oui si oui joindre le compte rendu

Anxiété	<input type="checkbox"/>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	Confusion	<input type="checkbox"/>	Désorientation	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Délire	<input type="checkbox"/>	Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>
				Prostration	<input type="checkbox"/>

ETAT CLINIQUE DU PATIENT :

SOINS DE CONFORT MIS EN PLACE ? Non Oui si oui lesquels ?

Taille : cm **Poids :** kg **Perte de poids de :** NON OUI Combien ? kg Depuis quand ?

BILAN INFECTIEUX PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE : NE SAIT PAS OUI NON

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est indispensable avant tout transfert. Joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme.

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

VOLET MEDICAL - CONFIDENTIEL

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Partiellement Non – Pourquoi ?

Connaît-il le pronostic ? Oui Non

Est-il dans une démarche palliative ? Oui Non

Souhaite-t-il un soutien psychologique ? Oui Non

Quelles sont les informations données au patient pour expliquer son transfert en soins palliatifs ?

LA FAMILLE connaît elle le diagnostic ? Totalement Partiellement Non Ne sait pas

La famille connaît elle le pronostic ? Oui Non

Est-elle dans une démarche palliative ? Oui Non

Nécessite-t-elle un soutien psychologique ? Oui Non

Situation familiale à prendre en compte

enfant en bas âge conjoint dépendant conflit au sein de la famille

autres (merci de préciser) :

Présence d'un entourage familial ou autre ?

Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? Non Oui si oui joindre le document

Le patient a-t-il rédigé des directives anticipées ? Non Oui si oui joindre le document

Le malade a-t-il été vu par l'équipe mobile soins palliatifs? Non Oui si oui joindre le compte rendu

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

NOM

Prénom(s)





ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

**Signature
Cachet du
médecin**

VOLET ADMINISTRATIF/ SOCIAL

Date de la demande Date d'entrée souhaitée Date d'hospitalisation initiale

DEMANDEUR

Centre Hospitalier Service

Médecin demandeur N° N°

COORDONNÉES PATIENT / ENTOURAGE**Patient**

Nom de naissance : Nom utilisé :

1er Prénom : Liste des prénoms :

Date de naissance : Age ans Sexe : F M I

Adresse

Ville / Code Postal N°

Référent familial	Lien de parenté	N°
Personne à contacter pour cette demande		

Le patient a-t-il désigné une personne de confiance ? Non Oui si oui joindre le document

Nom de naissance 1er Prénom Commune N°

Médecin TraitantNom 1^{er} Prénom Commune N°**DONNÉES SOCIO-ADMINISTRATIVES**Mode de vie : Vit seul(e) Avec conjoint En milieu familial En structure collectiveSituation familiale : Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)Mesures de protection juridique : oui non en coursSi oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future Habilitation familiale de représentation Habilitation familiale de représentation Tuteur : Nom de naissance 1^{er} Prénom Commune N°Assuré : Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /Caisse (adresse) : CMU de base

Ouverture des droits :

Mutuelle : Complémentaire CMUAPA : Oui Non ALD : Oui Non A.A.H. : Oui Non

Aide financière exceptionnelle :

Allocation compensatrice pour tierce personne :

Devenir envisagé : Retour à domicile souhaité Retour USLD/EHPADSi oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? Oui NonDémarches sociales en cours
.....
.....Nom de l'Assistant Social :DateSignature

N° N°