

Pôle Santé Léonard de Vinci

1, avenue du Professeur Alexandre Minkowski
37170 Chambray-lès-Tours
Tel : 02 47 222 111

ADMISSION DANS LE SERVICE DE SOINS PALLIATIFS

Préambule

Faire admettre une personne malade dans un service de Soins Palliatifs lui permet de bénéficier de soins les plus possibles orientés sur sa maladie dans une phase particulière de sa vie, qu'il s'agisse d'un cancer ou d'une maladie chronique de longue durée en phase palliative symptomatique ou en phase terminale. Il est donc important que malade et entourage aient bien été prévenus de la situation médicale et de l'orientation particulière de ce Service de Soins.

Cette prise en charge par une équipe de soignants dans laquelle les infirmières, les aides soignants sont étroitement associés aux médecins et autres intervenants, proposera, à votre patient, une aide adaptée à ses symptômes et à ses difficultés. Il sera mis autour du malade les moyens médicaux ou paramédicaux correspondant aux Soins de Support nécessités par sa pathologie.

L'équipe se tiendra à sa disposition et à celle de son entourage pour envisager, chaque fois que cela sera réalisable, un Retour à son domicile ou son orientation vers une structure plus adaptée à sa situation socio-familiale, sachant que nous avons une mission de « Court-Séjour ».

A son entrée dans le service, ou parfois même avant son arrivée, nous aimerions pouvoir accueillir un membre de sa famille, de son entourage ou sa « Personne de Confiance ». Si existent des Directives Anticipées, faites les nous connaître, afin qu'elles figurent dans le dossier du patient. S'il souhaite en rédiger, nous pourrions l'accompagner dans sa démarche.

Au cours des visites et des conversations que le malade aura avec les uns et les autres, l'ensemble des soignants tâchera de mettre en avant le respect de ses choix en analysant ses besoins et l'évolution de sa pathologie. Chacun des membres de l'équipe sera à l'écoute du patient et de sa famille ou de son entourage pendant ce passage difficile.

Nous vous demandons instamment de remplir, avec la meilleure attention, un questionnaire d'admission détaillé, afin que cette nouvelle prise en charge se fasse dans les meilleures conditions. Le médecin demandeur établira un bon de transport pour le patient.

N'oubliez pas de nous faire parvenir, si votre patient était admis dans notre service, les examens complémentaires, résultats et comptes rendus dont vous disposez afin que nous ayons un éclairage adapté sur cette personne malade.

Nous sommes à votre disposition pour tout contact ou toute explication complémentaire.

Service		02 47 22 21 75	Fax: 02 47 22 21 38
Médecins référents	Dr S Bressac	02 47 22 21 11	sandrine.bressac@pslv.fr
	Dr J Gaillard	02 47 22 21 11	Julien.gaillard@pslv.fr
	Dr A Urena	02 47 22 21 11	alain.urena@pslv.fr
Cadre	Mme C. Diatta	02 47 22 21 49	claudie.diatta@pslv.fr

NOM :**PRENOM :****RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

MALADIE PRINCIPALE :

RESUME DE LA MALADIE :

Symptômes physiques :

Douleur	▪	Constipation	▪	Convulsions	▪
Dyspnée	▪	Diarrhée	▪	Prurit	▪
Nausées	▪	Occlusion	▪	Troubles hémorragiques	▪
Vomissements	▪	Fièvre	▪	Escarres	▪

Symptômes psychiques :

Anxiété	▪	Dépression	▪	Agitation	▪
Insomnie	▪	Idées suicidaires	▪	Troubles cognitifs	▪
Confusion	▪	Demande d'euthanasie	▪	Prostration	▪

Examens cliniques :

Poids : Taille :

Bilan infectieux : Patient porteur d'une BMR : oui ▪ non ▪
 Patient porteur d'une BHRE : oui ▪ non ▪
 Quelle bactérie :
 Patient en isolement : oui ▪ non ▪

Traitements en cours :

NOM :**PRENOM :****AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Qui est à l'origine de la demande en soins palliatifs ?

le patient ▪

le médecin ▪

autre ▪

la famille ▪

l'équipe soignante ▪

Le patient a-t-il été informé de son admission dans un service de soins palliatifs ?

.....

.....

L'a-t-il compris ?

.....

.....

Que sait le malade du diagnostic et de son pronostic ?

.....

.....

Existe-t-il un entourage familial et/ou amical ?

.....

.....

Que sait l'entourage du diagnostic du patient et de son pronostic ?

.....

.....

Problématiques familiales particulières :

.....

.....

Pourquoi demandez-vous une hospitalisation dans un service de soins palliatifs ?

.....

.....

Devenir : Avez-vous indiqué au patient et à sa famille que l'hospitalisation dans *notre service* correspond à du **court séjour** ?

Si un retour au domicile n'est pas envisageable, il est indispensable d'initier dès à présent des démarches d'hébergement avec le patient et la famille.

Démarches initiées :

EHPAD ▪

Foyer logement ▪

Autres ▪

NOM :**PRENOM :****PROJET DE SOINS***(à remplir par le personnel soignant)***DIAGNOSTICS INFIRMIERS :**

.....

.....

.....

OBJECTIFS :

.....

.....

.....

SOINS DE NURSING :

.....

.....

.....

ALIMENTATION :

Pansements · Matelas anti escarres à prévoir ··	Sondes : Naso-Gastrique · Urinaire · Aspiration · O ₂ :/mn ·	Stomies : Trachéotomie · Gastrostomie · Iléostomie · Colostomie · Uretérostomie ·
---	---	--

SOINS DE SUPPORT : (déjà en place)

Kinésithérapeute ·	Assistante sociale ·	Bénévoles ·
Psychologue ·	Socio esthéticienne ·	Aide à domicile ·
Diététicienne ·	EADSP ·	Soutien de la famille ·

STADES DE PERFORMANCES ECOG :

Grade	ECOG
0	Activité parfaite; capable de mener son activité comme avant la maladie, sans restriction
1	Restriction physique modérée, mais ambulatoire et capable d'avoir une activité correcte légère ou sédentaire
2	Ambulatoire et capable de se prendre en charge, mais pas d'activité physique ou de travail
3	Prise en charge de soi-même limitée ; confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% du temps d'éveil
4	Totalement dépendant ; ne peut se prendre en charge. Lit ou fauteuil 100% du temps
5	Décès