

Pôle Santé Léonard de Vinci

1, avenue du Professeur Alexandre Minkowski
37 170 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 infirmiers, les aides-soignants sont étroitement associés aux médecins et aux 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 ». S'il existe des directives anticipées, faites-les nous connaître, afin qu'elles figurent dans le dossier du patient. S'il souhaite en rédiger, nous pourrons 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.

Comment nous joindre ?

Le service	☎ 02.47.22.21.75	fax : 02.47.22.21.38
Les médecins référents :		
Mme le Dr S. Bressac	☎ 02.47.222.111	soins.palliatifs@pslv.fr
Mme le Dr A. Pouillot	☎ 02.47.222.111	soins.palliatifs@pslv.fr
M. le Dr A. Urena	☎ 02.47.222.111	soins.palliatifs@pslv.fr
La responsable de service :		
Mme C. Diatta	☎ 02.47.22.21.49	claudie.diatta@pslv.fr

FICHE D'ADMISSION DANS LE SERVICE DE SOINS PALLIATIFS

à transmettre au service de soins palliatifs ou à faxer au **02.47.22.21.38**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande : Date de réception de la demande :

Origine du patient : Etablissement Nom :
 Service :
 Tél :
 Pris en charge depuis le :

Domicile

Médecin demandeur :

Médecin traitant : Tél :

Cadre du service : Tél :

PATIENT



MERCI DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse :

Situation familiale : → vit seul en famille en collectivité

Protection juridique : → tutelle curatelle

ENTOURAGE

Personne à prévenir	Lien de parenté éventuel	N° téléphone

ATTENTION : SI VOUS N'AVEZ PAS DE REPONSE DANS UN DELAI DE 15 A 20 JOURS, RAPPELZ LA RESPONSABLE DU SERVICE AU 02.47.22.21.49, POUR CONNAITRE NOTRE DECISION

TRAITEMENT DE LA DEMANDE (renseigner par le service de la clinique)

Avis :

Conclusion : Admission prévue le * :

Chambre n° :

* Prévenir l'ordonnancement par téléphone

Date :

Signature :

NOM :

PRENOM :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MALADIE PRINCIPALE :

RESUME DE LA MALADIE :

.....

.....

Symptômes physiques :

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Prurit |
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Occlusion | <input type="checkbox"/> Troubles hémorragiques |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Escarres |

Symptômes psychiques :

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Agitation |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Idées suicidaires | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs |
| <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Demande d'euthanasie | <input type="checkbox"/> Prostration |

Examens cliniques :

.....

.....

Poids : Taille :

Bilan infectieux :

Patient porteur d'une BMR :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Patient porteur d'une BHRe :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelle bactérie :	
Patient en isolement :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Traitements en cours :

.....

Rendez-vous ou examens prévus :

.....

.....

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 comprise ?

.....

.....

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 :

<input type="checkbox"/> Pansements <input type="checkbox"/> Matelas anti escarres à prévoir	Sondes <input type="checkbox"/> Naso-Gastrique <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> O ₂ :/mn	Stomies <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Iléostomie <input type="checkbox"/> Colostomie <input type="checkbox"/> Uretérostomie
---	--	--

SOINS DE SUPPORT : (déjà en place)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Bénévoles |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Socio esthéticienne | <input type="checkbox"/> Aide à domicile |
| <input type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> EADSP | <input type="checkbox"/> 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