



ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

Tel : 04 32 75 38 56

**DEMANDE D'INTERVENTION**

Date de la demande :

SERVICE :

Nom du médecin prescripteur :

**ÉTIQUETTE  
PATIENT**

**Cadre réservé à l'EMSP**

**MODE DE RÉCEPTION :**

Remise en main propre :

Boite aux lettres :

Autre :

**DATE :**

---

MOTIF(S) DE LA DEMANDE :

**L'INFORMATION DU DIAGNOSTIC EST-ELLE CONNUE ?**

**Du malade**       OUI       NON       à préciser

**De la famille**       OUI       NON       à préciser

790108

Centre Hospitalier d'Avignon – EMSP – Bon de demande d'intervention de l'EMSP – SPA INT 01 D – Version n°1 – Mars 2011 – p.1/1

Rédigé par : C. COUTURIER Cadre de santé – Validé par : Dr PERINEAU, Chef de service