CENTRE HOSPITALIER AVIGNON	**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE SUPPORT INTRA-HOSPITALIERE**

Tel : 04 32 75 38 56
Fax : 04 32 75 38 57
Mail : soinspalliatifs@ch-avignon.fr

Date de la demande :

Service et coordonnées du demandeur :

Identité du patient

- **Contexte clinique justifiant la demande :**

- **Facteurs de fragilité (Ex : Statut OMS, pronostic, hospitalisations non programmées sur les trois derniers mois > 3…) :**

- **Entourage et projet devenir :**

Le patient est-il informé explicitement de l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ☐ OUI ☐ NON

Les proches ? ☐ OUI ☐ NON