



ETSP 84

DEMANDE D'INCLUSION

Equipe Territoriale de Soins Palliatifs en Vaucluse

APT ☐ AVIGNON ☐ CAVAILLON ☐ VAISON-LA-ROMAINE ☐

(cf. coordonnées page 2/2)

Date de la demande :

Date d'inclusion :

DEMANDEUR

NOM, prénom :

N° tél :

Courriel :

☐ Médecin traitant ☐ IDE libéral(e)

☐ Famille / proche ☐ Médecin hospitalier

☐ EHPAD, nom de l'établissement et fonction du

demandeur :

.....

☐ Autres, préciser :

.....

PATIENT

NOM d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

N° tél :

Courriel :

Adresse complète :

Situation familiale :

Vit seul(e) : ☐ OUI ☐ NON

Nom du régime de sécurité sociale :

Merci de joindre à la demande d'inclusion **les documents médicaux, les traitements en cours, Le compte-rendu d'hospitalisation et l'évaluation palliative si elle a eu lieu.**

Patient hospitalisé ☐ OUI ☐ NON

Date de sortie envisagée :

Si oui, préciser le service et le n° de téléphone du service

Médecin hospitalier référent :

N° tél et courriel :

Patient vu par EMSP intra-hospitalière ☐ OUI ☐ NON

- Patient / proches acceptent l'intervention de l'ETSP ☐ OUI ☐ NON

- Médecin traitant en accord avec l'intervention de l'ETSP ☐ OUI ☐ NON

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

.....

☐ Symptômes et douleurs réfractaires ☐ Questionnement éthique ☐ Soutien de l'équipe de proximité
☐ Soutien psychologique (patient) ☐ Evaluation et soutien social ☐ Soutien psycho-social des aidants naturels

PATHOLOGIE PRINCIPALE MOTIVANT LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

.....

ANTECEDENTS

.....

PRINCIPAUX SYMPTÔMES

.....

☐ Nausées – vomissement ☐ Constipation – occlusion ☐ Dyspnée ☐ Déshydratation ☐ Troubles neuropsychiatriques

Diagnostic connu du patient : ☐ OUI ☐ NON

Pronostic connu du patient : ☐ OUI ☐ NON

Diagnostic connu de la famille : ☐ OUI ☐ NON

Pronostic connu de la famille : ☐ OUI ☐ NON

Patient ayant exprimé le souhait d'un décès à domicile ☐

DIRECTIVES ANTICIPEES ☐ OUI ☐ NON

FICHE URGENCE PALLIA ☐ OUI ☐ NON

MEDECIN TRAITANT

NOM, prénom : Courriel :

Tél cabinet : Fax :

Tél mobile : Se déplace à domicile : ☐ OUI ☐ NON

IDE LIBERAL(E)

NOM : Prénom : Tél :

NOM : Prénom : Tél :

NOM : Prénom : Tél :

AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS DES SOINS

NOM ET N° TEL A PRECISER SVP

HAD : SSIAD :

Prestataire : autres :

AIDES SOCIALES MISES EN PLACE

☐ MDPH / AAH / PCH

☐ AIDE A DOMICILE

☐ AUTRES :

☐ APA

☐ PORTAGE DE REPAS

☐ FNASS

☐ TELEALARME

☐ ARDH

☐ MUTUELLE

PERSONNES DE L'ENTOURAGE ou PERSONNES RESSOURCE (préciser le lien avec le patient)

NOM, prénom : Lien :

Courriel : Ville :

Tél :

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE (selon l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique)

NOM, prénom : Lien :

Courriel : Ville :

Tél :

COORDONNEES DES EQUIPES TERRITORIALES DE SOINS PALLIATIFS

SECTEURS en VAUCLUSE	Téléphone / Fax	Messagerie	Messagerie sécurisée
AVIGNON / Grand Avignon	04.32.75.38.56 / 04.32.75.38.57	soinspalliatifs@ch-avignon.fr	soinspalliatifs@ch-avignon.mssante.fr
APT	04 90 21 34 75 / 04 90 21 34 65	etspdom@ch-apt.fr	etspdom@ch-apt.mssante.fr
CAVAILLON	04.86.55.27.35 / 04.86.55.27.42	emsp@ch-cavaillon.fr	secret.emsp@ch-cavaillon.mssante.fr
VAISON LA ROMAINE (nord)	04.90.36.55.46 / 04.90.36.55.47	secretariat-emsp@ch-vaizon.fr	secretariat-emsp@ch-vaizon.mssante.fr