



EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS
DEMANDE D'ADMISSION
A FAXER AU 04 86 57 81 02

MERCI DE JOINDRE COPIES DE LA CARTE D'IDENTITE, CARTE SECURITE SOCIALE, CARTE MUTUELLE ET DLU (dossier de liaison d'Urgence) A VOTRE DEMANDE D'ADMISSION.

EHPAD.....Date de la demande.....

Patient : Nom..... Prénom..... Date de naissance.....

Nom et coordonnées personne de confiance :

Existe-t-il des directives anticipées : oui non

Motif d'appel : Soins palliatifs Douleurs Ethique

Précisions :

Coordonnées médecin traitant :

Renseignements médicaux :

Pathologie principale :

Pathologies associées :

Symptômes inconfortables :	
Digestifs :	Respiratoires :
Neurologiques :	Douleurs :
Cutanés :	Psychiques :
Problématiques :	
Médico-soignante <input type="checkbox"/> psychologique <input type="checkbox"/> éthique <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> (*)	
(* cocher la ou les cases concernées)	
Précisions :	

Diagnostic connu : du patient : oui – non

de la famille : oui – non

Pronostic connu : du patient : oui – non

de la famille : oui – non

Le patient/l'entourage sait que l'EMSP va intervenir :

Le patient : oui – non

L'entourage : oui – non

Est – il d'accord ?

Le patient : oui – non

L'entourage : oui - non