

# DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS



Toute admission doit être demandée via ce formulaire.  
Celui-ci doit être faxé intégralement aux USP concernées.

<input type="checkbox"/> 75	Bretonneau	fax : 01 53 11 17 37	<input type="checkbox"/> 91	Bligny	fax : 01 69 26 32 04
<input type="checkbox"/> 75	Cognacq-Jay	fax : 01 45 30 83 74	<input type="checkbox"/> 91	Hôpital de Juvisy	fax : 01 69 54 29 89
<input type="checkbox"/> 75	Diaconesses	fax : 01 44 74 28 00	<input type="checkbox"/> 92	Notre Dame du Lac	fax : 01 47 14 84 02
<input type="checkbox"/> 75	Jean Jaurès	fax : 01 56 55 55 56	<input type="checkbox"/> 92	USP CH de Puteaux	fax : 01 41 18 31 43
<input type="checkbox"/> 75	Jeanne Garnier	fax : 01 43 92 21 11	<input type="checkbox"/> 93	H. René Muret HUPSSD	fax : 01 41 52 58 09
<input type="checkbox"/> 75	Sainte-Perine	fax : 01 44 96 37 57	<input type="checkbox"/> 93	Montfermeil (alpha 93)	fax : 01 45 09 70 35
<input type="checkbox"/> 77	Hôpital Forcilles	fax : 01 60 64 62 10	<input type="checkbox"/> 93	Hôpital Casanova	fax : 01 42 35 64 81
<input type="checkbox"/> 77	CH Fontainebleau	fax : 01 60 74 14 72	<input type="checkbox"/> 94	Albert Chennevier	fax : 01 49 81 38 28
<input type="checkbox"/> 77	St Faron	fax : 01.64.35.01.20	<input type="checkbox"/> 94	Charles Foix Ivry	fax : 01 49 59 46 91
<input type="checkbox"/> 78	La Porte Verte	fax : 01 39 63 73 05	<input type="checkbox"/> 94	Paul Brousse	fax : 01 45 59 30 50
<input type="checkbox"/> 78	Houdan	fax : 01 30 46 18 43	<input type="checkbox"/> 95	CH V. Dupouy - Argenteuil	fax : 01 34 23 29 57
<input type="checkbox"/> 78	La Verrière	fax : 01 39 38 77 71	<input type="checkbox"/> 95	Magny en Vexin	fax : 01 34 79 43 21
<input type="checkbox"/> 78	CHI Meulan les Mureaux	fax : 01 30 91 86 77	<input type="checkbox"/> 95	CH R. Dubos - Pontoise	fax : 01 30 75 45 50
<input type="checkbox"/> 91	Arpajon	fax : 01 64 92 95 22	<input type="checkbox"/> 10	GH Aube Marne - Romilly	fax : 03 25 21 96 37
<input type="checkbox"/> 91	Dupuytren	fax : 01 69 83 63 97	<input type="checkbox"/> 60	GHP SO site de Senlis	fax : 03 44 21 70 86
<input type="checkbox"/> 91	G. Clémenceau	fax : 01 69 23 21 07			

Cette liste correspond aux USP qui sont reconnues à titre tarifaire par l'Agence Régionale de Santé de l'Île-de-France

**NOM ET PRÉNOM** : .....

Date de naissance : ..... Situation familiale : .....

Lieu de résidence du patient : .....

Lieu de résidence de son entourage référent (*préciser si différent*) : .....

Nom de la personne de confiance si désignée : .....

Lieu de séjour actuel du patient

Domicile     HAD     SSIAD

Dispositif Appui Coordination / Equipe Mobile SP Territoriale - date dernière visite : .....

Etablissement : .....

Service : .....

Tampon merci

## PERSONNES RÉFÉRENTES

- Rédacteur de la demande d'admission : nom + n° tél : .....
- Médecin hospitalier référent : nom + n° tél : .....
- Médecin généraliste référent : nom + n° tél : .....
- Assistante sociale : nom + tél : .....

Personne à contacter pour confirmer cette admission (nom, tél, fax) :

.....

.....

Prise en charge administrative (*joindre copie carte vitale*)

- Mutuelle     oui     non    ● Prise en charge à 100 %     oui     non

Téléchargeable depuis : [www.corpalif.org](http://www.corpalif.org)

Pour toute demande concernant ce document contactez : [contact@corpalif.org](mailto:contact@corpalif.org) ou [spicard@hopital-dcss.org](mailto:spicard@hopital-dcss.org)

## PATHOLOGIE PRINCIPALE

Cancer  
Local. Primitive : .....

Métastases : .....

SIDA  
 SLA  
 Autres (préciser) : .....

● Histoire de la maladie :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## AUTRES PATHOLOGIES

.....  
.....

## SYMPTÔMES PRÉSENTS

Symptômes **non** contrôlés :  
 Douleurs  Dyspnée  
 Angoisse majeure  Confusion  
 Troubles neuro-psy  
Autres : .....

.....  
.....  
.....

Aggravation manifeste  Phase terminale

Risques graves :  Hémorragie  Dyspnée

Présence de BMR  oui  non

## TRAITEMENT

Projet thérapeutique : .....

.....

Arrêt traitement curatif (chimiothérapies, radiothérapie,...)  
 Arrêt soutien transfusionnel régulier  
 Statut non réanimatoire acté

● *Traitement actuel et posologies* :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

● *Substitution (subutex, méthadone)* :  oui  non

## INFORMATIONS DONNÉES

● *Au patient* :  
 diagnostic  pronostic  limitation des thérapeutiques  
Informé du transfert en USP, préciser les termes employés :  
.....

● *A la famille ou proches* :  
 diagnostic  pronostic  limitation des thérapeutiques

## CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL

Précarité  Isolement  Au domicile  
 Demande d'euthanasie formulée  
 Demande de sédation profonde et continue jusqu'au décès  
● *Situation familiale difficile* :  
.....  
.....  
.....  
.....

### TYPE DE SÉJOUR DEMANDÉ

Prise en charge de la fin de vie  
 Séjour temporaire pour :  
    Traitement des symptômes   
    Répit familial   
    Répit équipe

### DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE :

Dès que possible  
 Plus tard (préciser) :  
.....  
.....

Retour possible si stabilisation  oui  non  
si oui :  à domicile  dans le service  
 demande EHPAD initiée (dans certaines situations gériatriques)

Le patient a-t-il été vu par un référent de SP  oui  non

**Commentaires :**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# EVALUATION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

Indice de Karnofsky : ..... %  
ou OMS : .....

Poids : .....kg

## Conscience - Communication

- Confusion                       Somnolence                       Coma  
 Bonne communication       Communication difficile       Ne communique plus

Troubles du comportement : .....

## • Respiration

- Oxygénothérapie               Trachéotomie                       Respirateur/V.N.I.  
 Drain type Pleur-X

## • Déplacement - Validité

- Marche sans aide               Marche avec aide                       Va au fauteuil  
 Transfert possible seul       Grabataire                               Toilette totale  
 Autonome pour la toilette     Aide à la toilette

## • Alimentation

- Per os seul                       Nutrition entérale                       Gastrostomie de décharge  
 Per os avec aide               Nutrition parentérale                   Sonde naso gastrique en aspiration  
Texture :  normale     mixée     lisse

Risque de fausse route aux liquides

## • Elimination

- Continence                       Incontinence urinaire                   Incontinence fécale  
 Néphrostomie                   Sonde vésicale                           Colostomie

## • Etat cutané

- Normal  
 Escarres (*localisation*) : .....  
 Autres pansements ou soins particuliers : .....  
 matelas prévention anti-escarre     matelas anti-escarre

## • Charge en soins

- Légère                               Moyenne                                   Lourde

## • Voies d'administration

- SC                       IV                       Chambre implantable                   Cathé/Picc/mid Line                   Périmédullaire  
 Seringue électrique                   PCA

### INDISPENSABLE A L'ADMISSION

- Papiers d'identité, carte vitale
- Compte-rendu d'hospitalisation ou courrier du médecin traitant, prescription, derniers examens complémentaires
- Les transmissions infirmières du jour
- Directives Anticipées si disponibles
- Document désignant la Personne de Confiance