



**FICHE DE PRE-ADMISSION
dans les lits identifiés Soins Palliatifs
de l'Hôpital Intercommunal de la Presqu'île - Site de Guérande**

IDENTIFICATION

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

MERCI DE FAXER CE DOCUMENT REMPLI AU 02 40 62 64 36

CRITERES D'ADMISSION

Les lits dédiés de soins palliatifs du service de médecine ont deux rôles :

- la prise en charge des soins palliatifs de proximité pour les personnes de la Presqu'île en fin de vie ;
 - être le pôle ressource du secteur sanitaire en proposant des activités de prise en charge des cas difficiles en relation avec le Réseau des Soins Palliatifs de L'Estuaire de la Loire (RESPEL)
- Les prises en charge en soins palliatifs s'effectuent pour des personnes atteintes d'une pathologie grave et évolutive dont le pronostic vital est réservé à court terme
 - La personne est en capacité de communiquer à son entrée
 - Aucun traitement à visée curative n'est plus envisagé

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ADRESSE	SITUATION FAMILIALE	PERSONNE A PREVENIR (filiation/nom/prénom/téléphone)

Date d'entrée dans l'établissement demandeur :/...../.....

RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADIE

Service(s) et médecin(s) référent(s) :

Médecin traitant : Infirmière à domicile :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL				DIAGNOSTICS ASSOCIES SIGNIFICATIFS			
TRAITEMENT(S) ANTERIEUR(S)				TRAITEMENT(S) ACTUEL(S)			
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie				Per os	Nom du médicament	Posologie	Horaires de prise
SONDES PRESENTES				Perfusion et injections	Site implantable : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<p>Sonde d'alimentation entérale : <input type="checkbox"/> Nasogastrisque <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie Quantité alimentation par 24 h :</p> <p>Sonde urinaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Oxygénothérapie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Débit horaire :</p>					Nom du médicament	Posologie	Horaires de prise
PANSEMENT(S) ET LOCALISATION							

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

<p style="text-align: center;">Composition familiale</p> <p>➤ Epou(x)(se) /compagn(e)(on) :</p> <p>➤ Enfant(s) :</p> <p>➤ Lieu d'habitation des enfants :</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Information(s) connue(s) de la famille en terme de :</p> <p>➤ Diagnostic :</p> <p>➤ Pronostic :</p>
---	---

SITUATION ACTUELLE DU PATIENT

NIVEAU D'AUTONOMIE DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Toilette	Alimentation	Mobilisation	Continence urinaire	Continence anale
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Semi-autonome <input type="checkbox"/> Dépendant	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/> Régime : <input type="checkbox"/> Aversion	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Transfert lit fauteuil <input type="checkbox"/> Dépendant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ETAT PSYCHOLOGIQUE

<p>Quels propos sont tenus par le patient sur sa maladie et son devenir ?</p>	<p>Quels propos ont été tenus à la personne sur sa maladie et son devenir ?</p> <p>➤ Par les soignants</p> <p>➤ Par la famille</p>	<p>Quel est le projet de vie personnel du patient ?</p>	<p>➤ A fait la demande de venir en soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>➤ Est au courant de son transfert dans un service de médecine soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>➤ A-t-il un proche qui aurait été hospitalisé dans le service : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>➤ A-t-il le souhait d'un retour à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	---	--	--

CONDITIONS DE VIE ACTUELLES DU PATIENT

Lieu d'habitation :

- Maison → lit à l'étage : Oui Non
- Appartement → étage :
- ascenseur : Oui Non

Difficultés familiales et/ou sociales :

MOTIF PRINCIPAL DE LA DEMANDE

- Prise en charge de la douleur
- Traitement d'autres symptômes
- ↳ Encombrement bronchique
 - ↳ Dyspnée
 - ↳ Syndrome occlusif
 - ↳ Symptômes neurologiques
- Prise en charge de la phase terminale de la maladie
- Epuisement de l'entourage
- Epuisement ou nécessité d'un temps de rupture de l'équipe de soins à domicile

Le retour à domicile sera-t-il envisageable et dans quelles conditions :

.....

.....

Date d'admission souhaitée :/...../.....

Demande d'admission établie par :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Fax :

	Rédaction	Validation	Approbation Qualité
Nom, Fonction	Dr BOURGOGNE <i>Médecin chef du service de médecine C – SP</i> VA : 21/02/14	I. LEGOUPIL, <i>pdt CME</i>	S. DELROT, <i>Resp. Qualité</i>
Date	MàJ : juin 2014	28/06/2014	27/06/14
Visa	<i>Bour</i>	<i>I. Legoupil</i>	<i>S. Delrot</i>