



DEMANDE D'ADMISSION EXTERNE SUR LES
LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS

DOCUMENT A FAXER AU 04 75 67 89 46
Secrétariat LISP- CHAN- joignable au 04 75 67 35 93

Date de la demande :

ORIGINE DE LA DEMANDE

ETABLISSEMENT <input type="checkbox"/>	DOMICILE <input type="checkbox"/>
Nom de l'établissement :	Nom du médecin traitant :
Service :	
Nom du médecin :	Intervenants :
Nom du cadre de santé :	
Nom du psychologue :	Nom du psychologue :

IDENTITE DE LA PERSONNE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Situation familiale (maritale, enfants) :

Aidants principaux : OUI ☐ NON ☐

Noms :

.....

.....



PATHOLOGIE EN CAUSE

Diagnostic principal (date du diagnostic) - histoire de la maladie (évolution) :

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

Antécédents principaux :

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

Etat clinique actuel :

.....
.....

Indice de Karnofsky = % - Performance Status OMS = - Albuminémie.....

Symptômes actuels :

DOULEUR <input type="checkbox"/>	TROUBLES NEUROPSYCHIQUES <input type="checkbox"/>
TROUBLES RESPIRATOIRES <input type="checkbox"/>	ALTERATION DE L'ETAT CUTANE <input type="checkbox"/>
TROUBLES DIGESTIFS <input type="checkbox"/>	AUTRE(S) <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Traitement(s) actuel(s) : **Merci de joindre l'ordonnance de traitement en cours.**

Conditionnement du patient :

VVC ☐ VVP ☐ voie S/C ☐ CIP ☐ SAD ☐ SNG ☐
Gastrotomie ☐ Stomie ☐ Trachéotomie ☐ Masque 02 ☐ Lunettes 02 ☐

Ventilation :

	% O2	FR	Aide	VOL/MIN	PEP
VNI/MASQUE 1 UREE/24H					
VAC					

Degré d'autonomie :

	AUTONOME	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
MARCHE			
TOILETTE			
ALIMENTATION			

MOTIF DE LA DEMANDE

Réajustement thérapeutique <input type="checkbox"/>	Répit familial <input type="checkbox"/>
Autre :	Répit de l'équipe soignante <input type="checkbox"/>

INFORMATION DU PATIENT

Le patient est informé de sa mutation sur les lits Identifiés Soins Palliatifs : Oui ☐ Non ☐

La famille est elle informée de la mutation sur les Lits Identifiés Soins Palliatifs : Oui ☐ Non ☐

Le patient est-il connu de l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : Oui ☐ Non ☐

ORIENTATION DU PATIENT

Retour à domicile souhaité par le patient et / ou son entourage : Oui ☐ Non ☐

La structure accepte t'elle de reprendre le patient en cas de stabilisation : Oui ☐ Non ☐