



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
ETPA Rouen Cœur de Seine

Demande à adresser par mail à l'adresse suivante : etpa.ghctcoeurdeSeine@chu-rouen.fr

INFORMATIONS PATIENT

NOM DU PATIENT : PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

PROFESSIONNEL REQUERANT

MEDECIN REQUERANT : Tél :

Médecin traitant

Médecin coordonnateur

LIEU ET MODE DE VIE DU PATIENT

Le Patient vit :

En EHPAD

A son domicile

Logement insalubre/inadapté

NOM EHPAD :

MEDECIN COORDONNATEUR :

Tél :

STATUT MATRIMONIAL :

ENFANTS : Oui Non

MESURES DE PROTECTION : Oui Non

Noms et coordonnées (ou de l'aidant) :

SITUATION CLINIQUE

ANTECEDENTS MEDICAUX DU PATIENT :

Le patient a-t-il eu 2 hospitalisations non programmées dans les 12 mois : Oui Non

TRAITEMENTS EN COURS :

MOTIF DE LA DEMANDE :

<p>PRECISEZ :</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles neurocognitifs</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Diagnostiqués</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Supposés</p> <p>MMSE : /30</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi psychiatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Tristesse</p> <p><input type="checkbox"/> Idées suicidaires</p> <p><input type="checkbox"/> Angoisse</p> <p><input type="checkbox"/> Délires</p> <p><input type="checkbox"/> Euphorie</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles du comportement</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Agitation</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Troubles du comportement sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> Insomnies</p> <p><input type="checkbox"/> Psychotropes avec demande de réévaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Refus de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles alimentaires</p> <p style="padding-left: 20px;">Statut nutritionnel</p> <p style="padding-left: 20px;">Taille : Poids :</p> <p style="padding-left: 20px;">IMC : Perte de poids :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Plaies chroniques</p> <p><input type="checkbox"/> Poly pathologie</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> Troubles posturaux</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Chute ces 3 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance</p> <p style="padding-left: 20px;">GIR : ou ADL :</p> <p><input type="checkbox"/> Iatrogénie médicamenteuse</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur</p> <p style="padding-left: 20px;">Intensité :</p> <p style="padding-left: 20px;">EVS : /4 EVA : /10</p> <p style="padding-left: 20px;">EN : /10 ECPA : /32</p> <p style="padding-left: 20px;">Doloplus : /30 Algoplus : /5</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur totale (Physique, psychologique, spirituelle)</p> <p><input type="checkbox"/> Réflexion éthique</p> <p><input type="checkbox"/> Souffrance des familles</p> <p><input type="checkbox"/> Symptômes rebelles aux thérapeutiques conventionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> Demande de mort, d'euthanasie, de sédation profonde et maintenue jusqu'au décès</p> <p><input type="checkbox"/> Soutien d'équipes dans le cas d'une prise en charge palliative complexe</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social et familial</p> <p><input type="checkbox"/> Epuisement des aides à domicile/de l'aidant principal</p>
---	--

<p>Malade informé de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Famille informée de la demande : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

<p>Délai de prise en charge souhaité :</p> <p>Date :</p>	<p>Signature :</p>
--	--------------------

REPONSE	
<p>Réponse apportée :</p>	
<p>NOM du décideur :</p> <p>Date :</p>	<p>Signature :</p>