

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ETSP

EQUIPE TERRITORIALE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE



DATE DE LA DEMANDE :

Le patient est-il hospitalisé ?

Oui

Non

Si oui, dans quel hôpital et quel service :

Date de sortie prévue :

IDENTITÉ DU PATIENT :

M.

M^{me}

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Téléphone :

N° Sécurité Sociale :

N° CPAGE :

Situation familiale :

Personne ressource à contacter :

Lien avec le patient :

Mesure de protection :

Oui

Non

Si oui, laquelle :



SERVICE
SOINS PALLIATIFS

06 28 78 34 85 – etsp@chu-rouen.fr

CHU
ROUEN NORMANDIE

PATHOLOGIE EN COURS NÉCESSITANT LA PRISE EN CHARGE PAR LES SOINS PALLIATIFS

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Médecin traitant

SSIAD

HAD

Service d'aide à domicile

Patient

Entourage

Libéraux

Établissement / Service de Soins

Coordonnées (*Nom, tél, mail, fax*):

MOTIF DE LA DEMANDE

Douleur :

Physique

Psychique

Existentielle

Autres symptômes nécessitant l'expertise de l'ETSP :

Problématique sociale :

Situation complexe / éthique :



**SERVICE
SOINS PALLIATIFS**

06 28 78 34 85 – etsp@chu-rouen.fr

CHU
ROUEN NORMANDIE

■ TRAITEMENT

■ **RDV PRÉVU(S)** (SUIVI HDJ, CS, HOSPITALISATION EN COURS, ETC)

■ **COORDONNÉES DES RÉFÉRENTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX** (TÉL, MAIL, FAX, ADRESSE, ETC.)

Médecin traitant :

Médecin hospitalier et établissement référents :

IDE libéraux :

Pharmacie :

Service d'aides à domicile (SSIAD, HAD, organisme privé, etc) :

Prestataire de santé :

Intervenant social :

Mandataire judiciaire :

VEUILLEZ JOINDRE LES COMPTES RENDUS



SERVICE
SOINS PALLIATIFS

06 28 78 34 85 – etsp@chu-rouen.fr

CHU
ROUEN NORMANDIE