

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE
DE SOINS PALLIATIFS EHPAD**

Uniquement par email : Soins.Palliatifs.Secretariat@chu-rouen.fr

Si besoin, vous pouvez nous joindre au secrétariat : 02.32.88.86.12

Tél. avis médical ne nécessitant pas d'évaluation sur place ni de téléconsultation : 02.32.88.01.33

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Score GIR :

Nom de l'EHPAD :	Tél :
Médecin coordinateur :	IDE de coordination :
Médecin traitant :	Tél :
Médecin traitant informé de la demande EMSP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PATHOLOGIE(S) DANS LE CHAMP DES SOINS PALLIATIFS

- Cancer évolutif – précision :
- Insuffisance d'organe – précision :
- Troubles neurocognitifs majeurs – précision :
- Polyopathologies évoluées et/ou multi compliquées – précision :

Autres antécédents notables :

MOTIF DE LA DEMANDE

- Douleur cancéreuse
- Accompagnement de fin de vie
- Soutien des proches
- Symptôme(s) rebelle(s) d'ordre physique et/ou psychique
- Réflexion éthique en situation palliative
- Soutien d'équipe soignante

Précisions sur le(s) motif(s) de demande :

Traitements symptomatiques en place :

AUTRES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE :

- Unité mobile de gériatrie
- Psychologue de l'établissement
- Gériatopsychiatrie
- Autres :

Merci de fournir les comptes rendus des intervenants utiles à l'évaluation de la demande.

Date de la demande :	Nom et signature du médecin :
Délais de prise en charge souhaité :	
<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> 1 semaine <input type="checkbox"/> 2 semaines	
Patient informé de la demande d'intervention : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Famille informée de la demande d'intervention : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

En fonction du motif de la demande et des possibilités d'intervention, une téléconsultation pourra être proposée.