

**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

- VOLET SOCIAL -

Date de la demande ----- Date d'entrée souhaitée ----- Date d'hospitalisation initiale

DEMANDEUR

Centre Hospitalier ----- Service -----

Médecin demandeur ----- ① N° -----  N° -----

COORDONNEES PATIENT / ENTOURAGE

Patient

Nom marital ----- née ----- Prénom -----

Né(e) le ----- Age ----- ans Sexe M F

Adresse -----

Ville / Code Postal ----- ① N° -----

<u>Référent familial</u>	Lien de parenté	① N°

Médecin Traitant

Nom ----- Commune ----- ① N° -----

DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES

Mode de vie Vit seul(e) Avec conjoint En milieu familial En structure collective

Mesures judiciaires de sauvegarde oui non en cours
Assuré : Nom ----- Prénom -----

Numéro de Sécurité Sociale : / / / / / /

Caisse (adresse) : ----- CMU de base
Ouverture des droits : ----- Complémentaire CMU
Mutuelle : -----
Aide Médicale Etat : -----

Devenir envisagé : Retour à domicile souhaité
Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? Oui Non

Démarches sociales en cours -----

Nom de l'Assistant Social ----- Date ----- Signature -----
① N° -----  N° -----

**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

DOSSIER MEDICAL -

Etiquette
SIGMA

- **Diagnostic principal :**
- **Diagnostics associés :**
- **Histoire de la maladie (date de début, principaux événements, traitements reçus, etc.) :**

- **Symptômes physiques :**

Douleur	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>	Prurit	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	Occlusion	<input type="checkbox"/>	Troubles	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	hémorragiques	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	Fièvre	<input type="checkbox"/>		

- **Symptômes organo-psychiques :**

Anxiété	<input type="checkbox"/>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	Confusion	<input type="checkbox"/>	Désorientation	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Délire	<input type="checkbox"/>	Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>
				Prostration	<input type="checkbox"/>

- **Etat clinique du patient :**
- **Poids :**

BILAN INFECTIEUX

Si le patient est infecté, origine de l'infection : urinaire respiratoire autre

Si identification de bactéries multirésistantes urinaire respiratoire autre

Germe :

Mesure d'isolement : oui non

En cas d'identification de bactéries multirésistantes, **un prélèvement bactériologique est nécessaire avant tout transfert.** Dans ce cas, joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission.

**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

Etiquette
SIGMA

ASPECTS SUBJECTIFS

- **Que sait le malade sur sa maladie et/ou son pronostic ?**
- **Que sait la famille sur sa maladie et/ou son pronostic ?**
- **Existence d'un entourage familial ou amical**
- **Problématiques de la famille et de son entourage ?**

enfant en bas âge conjoint dépendant conflit au sein de la famille

autres (merci de préciser) :

- **Le malade a-t-il été vu par l'équipe mobile éventuelle de votre hôpital ?**
 oui non
- **Pourquoi demandez-vous une hospitalisation en unité de soins palliatifs ?**
- **Quelles sont les informations données au patient pour expliquer son transfert en soins palliatifs ?**

PROJET SOCIAL

Un retour au domicile est-il souhaité ?

Si retour au domicile, l'entourage familial ou amical peut-il assumer ce projet ?

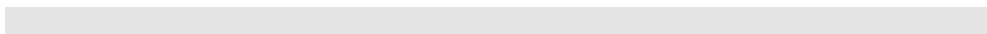
Nom du Médecin : -----

Date -----

Signature







**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

- VOLET PARA-MEDICAL -

Etiquette
SIGMA

Poidskgs

Soins médicaux et paramédicaux

Soins Paramédicaux	sondes - gastrique <input type="checkbox"/> - urinaire <input type="checkbox"/>	trachéotomie <input type="checkbox"/>	pansements <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	perfusion <input type="checkbox"/>
	stomies _____ _____ _____	aspiration <input type="checkbox"/> O ₂/mn	escarres <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ matelas anti-escarres <input type="checkbox"/> type _____	PAC <input type="checkbox"/> voie profonde <input type="checkbox"/> seringue autopulsée <input type="checkbox"/>

Autonomie

Troubles de la vigilance		coma stade II- III 3	coma vigil 2	vigilance normale 1
Comportement	agressif opposant 4	DTS 3	troubles mineurs ou inconstants 2	normal 1
Contenance - urinaire - anale	non non 4	non oui 3	oui non 2	oui oui 1
Toilette	aide complète 4	aide partielle 3	installation 2	seule 1
Alimentation	aide complète 4	aide partielle 3	installation 2	seule 1
Déplacement - transfert	aide complète 4	aide humaine 3	aide matérielle 2	seule 1
				Total =

Souhait de chambre particulière

Hôpital de Jour

Traitement

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

Nom de l'Infirmier ou Cadre Infirmier

Date

Signature

Il est indispensable que lors de son admission le patient arrive avec un maximum d'informations médicales (dossier médicale, examens complémentaires, radiographies, scanner....) et des transmissions infirmières de jour afin d'assurer une continuité des soins.