



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE MALADIES DU VIEILLISSEMENT – GERONTOLOGIE – SOINS
PALLIATIFS
CENTRE MÉDICAL PAUL SPILLMANN

Chef de service
Dr Raphaël ALLUIN

Praticien Hospitalier
Dr Emilie MOUCHET

Assistant Spécialiste
Dr Johann LAANGRY

Secrétariat USP / EMSP
Horaires : 8h45 – 17h
Tél : 03 83 85 11 12
Fax : 03 83 85 11 09
secretariat.USP-EMSP@chru-nancy.fr

USP Hospitalisation
Bureau infirmier
Tél : 03 83 85 11 15

EMSP
Bureau infirmier
Tél : 03 83 85 26 72

Consultations de Médecine Palliative
2^{ème} étage
Tél RV : 03 83 85 11 12

Dossier de pré- admission en unité de soins palliatifs
à transmettre par mail à secretariat.USP-EMSP@chru-nancy.fr
En cas de difficulté technique uniquement, faxer la demande au 03 83 85 11 09

COORDONNÉES PATIENT – ENTOURAGE

Patient :

Nom - Prénom :

Né(e) le : Sexe : Masculin Féminin

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Référent familial (ou proche à contacter)

Nom - Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Personne de confiance oui non

Si oui, Nom – Prénom et lien :

Tél. :

Médecin traitant

Nom :

Tél. :

Infirmière libérale

Nom :

Tél. :

DONNÉES SOCIALES

Logement :

Vit seul(e) avec conjoint en milieu familial

Mesures judiciaires de protection: oui non en cours

Si oui, indiquer le nom et téléphone du Tuteur ou Curateur :

Assuré :

N° Sécurité Sociale :

Caisse (ville) :

Mutuelle :

Coordonnées de l'assistante sociale :

VOLET MÉDICAL

Diagnostic principal :

Diagnostics associés et antécédents :

Histoire de la maladie (date de début, principaux événements, traitements reçus) :

Traitement : merci de joindre à la demande la copie de la dernière ordonnance en cours

État clinique du patient

OMS Status :

IMC : kg/m²

Symptômes physiques

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Dyspnée |
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Occlusion |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Fièvre |
| <input type="checkbox"/> Aggravation manifeste | <input type="checkbox"/> Prurit |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition | <input type="checkbox"/> Convulsions |

Symptômes organo-psychiques

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

Risques graves

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hémorragie | <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire |
|-------------------------------------|--|

Directives anticipées

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Discutées | <input type="checkbox"/> Rédigées |
|------------------------------------|-----------------------------------|

Si rédigées, merci de communiquer une copie des directives anticipées.

Vulnérabilité

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfant en bas âge | <input type="checkbox"/> Isolement social |
| <input type="checkbox"/> Conjoint dépendant | <input type="checkbox"/> Absence d'aide à domicile |
| <input type="checkbox"/> Conflit familial | |

Patient informé du diagnostic ? Oui Non
du pronostic ? Oui Non

Famille informée du diagnostic ? Oui Non
du pronostic ? Oui Non

Soins médicaux et paramédicaux

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique | <input type="checkbox"/> GEP |
| <input type="checkbox"/> Sonde urinaire | <input type="checkbox"/> Stomie |
| <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> Aspiration |
| <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Pansements complexes |
| <input type="checkbox"/> Escarres | |

Abord vasculaire

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VVP | <input type="checkbox"/> PAC |
| <input type="checkbox"/> Picc-line | <input type="checkbox"/> Mid-line |
| <input type="checkbox"/> Voie centrale | |

Matelas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> A air type : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mémoire de forme | |

Risque infectieux

- Bactérie multi-résistante

Si oui, pathogène :

Précautions complémentaires :

INFORMATIONS PRATIQUES

Date d'entrée souhaitée : le plus rapidement possible ou en date du

Projet de soins : Prise en charge de fin de vie Organisation du retour à domicile
 Séjour temporaire pour équilibration Répit familial
des symptômes

Lieu de séjour actuel du patient :

Téléphone du service demandeur :

Nom du médecin demandeur

Il est indispensable qu'à l'admission, le patient arrive avec un maximum d'informations médicales (dossier médical, examens complémentaires, imagerie...) et les transmissions infirmières du jour pour assurer la continuité des soins.