



FICHE DEMANDE INTERVENTION CELLULE D'APPUI A FAXER AU 04.67.32.80.29

LES ACCORDS PREALABLES DU PATIENT ET DE SON MEDECIN REFERENT SONT OBLIGATOIRES AVANT L'INTERVENTION DE LA CELLULE D'APPUI DU RESEAU DE SOINS PALLIATIFS.

EMETTEUR :

Nom : Prénom :

Téléphone : Profession :

PATIENT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél. :

Adresse :

- Domicile
 Etablissement : préciser

PATHOLOGIE :

.....
.....

Le patient est informé de sa maladie :
Oui Non

Le patient est informé de son pronostic :
Oui Non

MOTIF DE LA DEMANDE :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluation et organisation du retour à domicile | <input type="checkbox"/> Autres symptômes |
| <input type="checkbox"/> Evaluation et organisation du maintien à domicile | <input type="checkbox"/> Conseils soins infirmiers |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Actions sociales |
| <input type="checkbox"/> Soutien psychologique de..... | <input type="checkbox"/> Questionnement éthique |
| | <input type="checkbox"/> Autres : préciser : |

AUTRES INFORMATIONS / REMARQUES :

.....
.....

Nom médecin traitant :	Tél. :
Nom du médecin spécialiste :	Tél. :
Nom infirmier :	Tél. :
Référent familial :	Tél. :