



# Réseau de Soins Palliatifs Béziers Agde Hauts Cantons

Tél. : 04.67.35.97.90

## FICHE DEMANDE DU RSP A FAXER AU 04.67.32.80.29

**EMETTEUR :**

**DATE DE LA DEMANDE :** .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Profession : .....

**PATIENT :**     Vit seul     Vit avec un proche     En USLD, EHPAD, famille d'accueil     MAS, FAM...

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Tél. : .....

Adresse cp et ville : .....

Domicile     Etablissement : lequel ? .....

Pathologie : .....

**Le patient est informé de l'appel au Réseau ?**

Oui     Non    Si oui, comment? (Réseau de Soutien, Accompagnement, Ecoute, RSP...)

Précisez.....

Vous pouvez vous aider en utilisant la plaquette spécifique à l'attention du patient et de son entourage. Demandez là si besoin au secrétariat du RSP.

**MOTIF DE LA DEMANDE :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluation et organisation du <b>retour</b> à domicile   | <input type="checkbox"/> Autres <b>symptômes</b>           |
| <input type="checkbox"/> Evaluation et organisation du <b>maintien</b> à domicile | <input type="checkbox"/> Conseils <b>soins infirmiers</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Evaluation globale</b> de la situation                | <input type="checkbox"/> Actions <b>sociales</b>           |
| <input type="checkbox"/> <b>Douleur</b>   | <input type="checkbox"/> Questionnement <b>éthique</b>     |
| <input type="checkbox"/> Soutien <b>psychologique</b> de .....                    | <input type="checkbox"/> 1er <b>contact</b> / se présenter |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Suivi de deuil</b>             |
|   | <input type="checkbox"/> Autres : <b>préciser</b> : .....  |

**AUTRES INFORMATIONS / REMARQUES :**

.....  
.....

Nom médecin traitant : ..... Tél. : .....

Nom du médecin spécialiste : ..... Tél. : .....

Nom infirmier libéral : ..... Tél. : .....

Nom du SSIAD : ..... Tél. : .....

Nom de l'HAD : ..... Tél. : .....

Nom du kiné : ..... Tél. : .....

Prestataire d'aide à domicile : ..... Tél. : .....

Nom contact proche : ..... Tél. : .....