



Réseau de Soins Palliatifs Béziers Agde Hauts Cantons

Fiche demande du RSP à 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 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"/> Evaluation globale de la situation | <input type="checkbox"/> Actions sociales |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Questionnement éthique |
| <input type="checkbox"/> Soutien psychologique de | <input type="checkbox"/> 1er contact / se présenter |
| | <input type="checkbox"/> Suivi de deuil |
| | <input type="checkbox"/> Autres : préciser : |

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. :

Mise à jour septembre 2018