



# Réseau de Soutien et de Proximité Ouest Hérault

Fiche à envoyer par email : [contact@rspouestherault.org](mailto:contact@rspouestherault.org)  
Ou par fax : 04.67.32.80.29

oncologie      maladies neurodégénératives      douleurs chroniques      soins palliatifs

**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 ?** Vous pouvez utiliser la plaquette du RSP disponible au secrétariat  
 Oui     Non

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE :**

<input type="checkbox"/> Retour à domicile	<input type="checkbox"/> Soutien – coordination des professionnels
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Questionnement éthique
<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> 1er contact / se présenter
<input type="checkbox"/> Autres symptômes	<input type="checkbox"/> Suivi de deuil psychologique et social
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique de .....	<input type="checkbox"/> Soins de support : lequel.....
<input type="checkbox"/> Actions sociales	<input type="checkbox"/> Autres : préciser : _____

**AUTRES INFORMATIONS / REMARQUES :** .....  
.....  
.....  
.....

**Nom médecin traitant :** ..... **Tél. :** .....  
**Nom médecin spécialiste :** ..... **Tél. :** .....  
**Nom infirmier :** ..... **Tél. :** .....  
**Nom kinésithérapeute :** ..... **Tél. :** .....  
**Prestataire d'aide à domicile :** ..... **Tél. :** .....  
**Contact d'un proche :** ..... **Tél. :** .....  
**Autres contacts :** ..... **Tél. :** .....

Mise à jour octobre 2021