

**FICHE REGIONALE DE DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS (USP)
OU DANS UN SERVICE DISPOSANT DE LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS (LISP)**

2016

- Il est souhaité que la rédaction de la demande d'admission soit faite par le médecin (en lien avec l'équipe multidisciplinaire : IDE, AS, psychologue...).
- Les données apportées sur cette fiche doivent permettre de mesurer le degré de complexité de la situation et d'envisager en fonction l'orientation adaptée (soit LISP, soit USP).
- Des compléments téléphoniques entre médecins sont souvent nécessaires.

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM-Prénom

Statut

Telephone

IDENTIFICATION DU PATIENT (*renseignez les informations ci-dessous ou joignez la fiche administrative du patient*)

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Personne à prévenir : Nom

Prénom

Téléphone

Médecin traitant : Nom

Prénom

Téléphone

IDENTIFICATION DE LA SITUATION PALLIATIVE

Critère absolu : il doit s'agir d'une maladie grave, avancée et évolutive

Précisez la/lesquel(les)

Précisez le contexte

Le patient est-il en phase terminale de sa maladie ? oui non

Y-a-t-il un traitement de la maladie causale ? oui non

Si oui, dans quel objectif ?

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN LISP OU USP

Nécessité d'une prise en charge de symptômes majeurs d'inconfort

(Merci de cocher les symptômes concernés parmi les propositions ci-dessous, et de modifier/compléter les descriptions)

Douleurs nociceptives et/ou neuropathiques

Symptômes respiratoires

Symptômes digestifs

Symptômes neurologiques ou neuro-psychiatriques

Altération de l'état cutané

Autre symptôme invalidant

Souffrance psychologique et/ou spirituelle

Du patient

De son entourage

Besoin de répit

Du patient ou de son entourage

De l'équipe de soin

Problématique sociale ou socio-familiale *(isolement, conflits, besoin de rapprochement géographique...)*

Précisez laquelle

Problématique éthique *(demande d'aide à la décision complexe, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA), demande d'euthanasie par le patient et/ou sa famille, refus de soins....)*

Précisez laquelle

NOTE LIBRE SUR LA COMPLEXITE DE LA PRISE EN CHARGE

Quels sont les éléments de complexité de la prise en charge justifiant votre demande d'admission en LISP ou USP ?

EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

<p style="text-align: center;"><i>HYGIENE</i></p> <p>Toilette sans aide avec aide au lit</p> <p>Soins d'escarre</p> <p>Matelas hôtelier préventif curatif</p>	<p style="text-align: center;"><i>DEPLACEMENT</i></p> <p>Seul Avec Aide Alitement Fauteuil Appui membres inférieurs</p>	<p style="text-align: center;"><i>MATERIEL DE SOINS</i></p> <p>Chambre implantable PiccLine PCA PSE PERF Trachéotomie Oxygène Aspiration Pansements / <i>Durée</i> VAC Autres</p>
<p style="text-align: center;"><i>ALIMENTATION</i></p> <p>Seul Aide au repas GPE SNG</p>	<p style="text-align: center;"><i>ELIMINATION</i></p> <p>Continence Incontinence Sonde Stomie</p>	<p style="text-align: center;"><i>COMPORTEMENT</i></p> <p>Cohérence Désorientation temporo-spatiale Démence Déambulation nocturne Anxiété</p>

PROJETS EVOQUES OU ATTENDUS

RAD envisageable

Organisation de permissions

Retour en structure médico-sociale

Inscription(s) de précaution en structures réalisée(s) (EHPAD, USLD, FAM....)

Fin de vie envisagée dans l'unité

INFORMATION DU PATIENT

En quels termes le transfert dans l'unité de soins palliatifs ou dans une unité ayant des lits identifiés de soins palliatifs a-t-il été présenté ?

LE PATIENT EST-IL CONNU D'UNE EQUIPE RESSOURCE EN SOINS PALLIATIFS ?

Réseau de soins palliatifs. *Précisez*

EMSP. *Précisez*

HAD. *Précisez*

Equipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP « La Brise »)