

**DEMANDE D'ADMISSION  
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

**Maison des Dames du Calvaire**  
30 rue Kléber - 33200 BORDEAUX

Docteur P. LEPAULT : [patrick.lepault@pallianet.org](mailto:patrick.lepault@pallianet.org)  
Docteur F. TOULOUSE-BRYGOO : [claudetoulouse@pallianet.org](mailto:claudetoulouse@pallianet.org)  
Secrétariat : I. PENEAU : [isabelle.peneau@pallianet.org](mailto:isabelle.peneau@pallianet.org)

*tél : 05 57 22 25 57 - fax : 05 57 22 25 58*

**Date de la demande :**

Date d'entrée souhaitée :

**I - LA PERSONNE MALADE**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	
Date de naissance :	Age :	Nationalité
Adresse :		

**OÙ SE TROUVE LE PATIENT AU MOMENT DE LA DEMANDE ?**

**ETABLISSEMENT :**   
(adresse et téléphone)

**DOMICILE :**

Nom du médecin référent :

Nom et adresse du médecin traitant :

Nom de la surveillante :

Patient suivi par une équipe mobile de S.P. : oui  non :  si oui laquelle ? :

Nom, adresse et téléphone des personnes référentes (indiquer le lien de parenté) :

Coordonnées de l'assistante sociale qui transmet le dossier :

Centre Sécurité Sociale :

N° sécurité sociale :

aide médicale : oui  non

Mutuelle + adresse :

Le malade est-il sous tutelle ? oui  non

Pourquoi le malade ne peut-il pas retourner à son domicile ?

Autre structure demandée :

(notamment USP St André )

**ACCORD POUR L'ADMISSION :**

**PATIENT**

**FAMILLE**

JOINDRE PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE SECURITE SOCIALE ET DE MUTUELLE  
LORS DE L'ADMISSION, MERCI DE JOINDRE LES DOUBLES DES DERNIERS EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET  
DES DERNIERS COMPTE-RENDUS D'HOSPITALISATION

**DOCUMENT A COMPLETER DE FACON LISIBLE ET A RENVOYER PAR COURRIER OU PAR FAX**

## II - LA PERSONNE MALADE ET SA PATHOLOGIE

Nom du malade :

Nom du médecin référent :	Nom de l'interne :
Service :	Poste :

### 1 - ANTECEDENTS

### 2 - HISTOIRE DE LA MALADIE

Début de la maladie :

Localisation de la maladie :

Primitif :

Métastases avec date d'apparition :

Autres complications ou pathologies actuelles :

### 3 - TRAITEMENTS DEJA EFFECTUES

Chirurgie : *lieu, date et type*

Radiothérapie : *lieu, dates, nombre de grays*

Chimiothérapie, hormonothérapie : *dates et type*

→ Sont en cours : chimiothérapie  radiothérapie  hormonothérapie  anti-viraux

→ Sont arrêtés : chimiothérapie  radiothérapie  hormonothérapie  anti-viraux

4 - LA PERSONNE MALADE CONNAIT-ELLE SON DIAGNOSTIC ? OUI  NON

La personne malade appréhende-t-elle son pronostic ? OUI  NON

### 5 - ESTIMATION DE L'ESPERANCE DE VIE

quelques jours  < 1 mois  1 à 2 mois  > 2 mois

### 6 - TRAITEMENT ACTUEL (*indiquer les doses*) :

per os :

injectables et perfusions :

### III - LA PERSONNE MALADE ET LA SITUATION ACTUELLE

Nom du malade :

#### **ETAT PHYSIQUE**

1/ **POIDS** : Amaigrissement :  
Indice de Karnovsky : % ou stade selon l'OMS :

2/ **DOULEURS**  récentes  anciennes > 3 mois  
Siège :  légères  moyennes  sévères  très sévères  pendant les soins

#### 3/ **AUTRES SYMPTOMES**

dyspnée  nausées vomissements  agitation confusion  
 encombrement  constipation  paralysie  
 fièvre  diarrhée  troubles de la vigilance  
 épilepsie

#### 4/ **DEGRE D'AUTONOMIE**

alité  marche avec aide  toilette totale  
 va au fauteuil  marche seul  aide à la toilette  
 autonome pour la toilette

#### 5/ **COMMUNICATION**

désorientation temporo-spatiale  coma  
 somnolence  ne communique plus

#### 6/ **ALIMENTATION**

per os seul  sonde nasogastrique  fausses routes  
 per os avec aide  sonde de gastrostomie (date de mise en place)  
 ne s'alimente plus  parentérale  périphérique  centrale Produits :

#### 7/ **RESPIRATION**

trachéotomie  oxygénothérapie  
 porteur d'une canule  besoin d'aspirations

#### 8/ **ELIMINATION**

incontinence urinaire  incontinence fécale  
 sonde vésicale - date :  colostomie  
 néphrostomie - date :  autre

#### 9/ **ETAT CUTANE**

normal  escarre : localisation : traitement :  
 plaie : localisation : traitement :

#### **SITUATION PSYCHO-AFFECTIVE et SOCIO-FAMILIALE**

1/ **SOUFFRANCE PSYCHO-AFFECTIVE**  oui  non  
 anxiété - angoisse  dépression  colère  
Commentaires :

#### 2/ **SITUATION SOCIO-FAMILIALE**

conflits familiaux  charges familiales  
 problèmes matériels :  ressources  travail  logement  
 démarches administratives en cours :

Nom et signature du médecin :