

Demande d'admission HDJ de Médecine Palliative

Identité du patient :

⚠ Le patient doit être préalablement informé et d'accord pour la prise en charge en HDJ

Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Personne à prévenir : Nom et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de vie du patient : Domicile EHPAD RPA

Autre : précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si hospitalisé actuellement, précisez la date de RAD prévue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Isolement social

Pathologie principale :

Cancer

Insuffisance d'organe

Pathologie neuro-dégénérative

Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Merci de réaliser une brève histoire de la maladie

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Motifs de la demande :

Symptômes : évaluation, ajustement de traitements

Soutien psychologique patient et proches

Approche psychocorporelle

Accompagnement social

1^{er} contact USP

Discussion autour de la fin de vie

Réflexion éthique

- Soins techniques, précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Autres, précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation thérapeutique :

- Prise en charge palliative spécifique, précisez le traitement en cours (chimiothérapie, immunothérapie...) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Prise en charge palliative exclusive, précisez la date d'arrêt des traitements spécifiques : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Prise en charge palliative terminale
- LATA, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Référents :

Médecin généraliste et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médecin(s) spécialiste(s) référent(s) et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Intervenants au domicile (cabinet IDE...) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Patient connu par une EMSP, une HAD, un réseau de soins palliatifs... Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Délai souhaité de RDV : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médecin demandeur, coordonnées et signature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Merci de transmettre cette demande à hdj.mp@chu-bordeaux.mssante.fr avec les principaux éléments du dossier médical : compte-rendu, ordonnances, examens... (particulièrement si le patient est suivi hors CHU)