Demande d’admission –

Service de soins palliatifs Saint Alexis

Tél : 064/23 59 71

Ce document est à renvoyer par mail à soinspaljolimont@helora.be, complété par les différents intervenants ayant en charge le patient ou par le médecin traitant.

Concerne :

Nom, Prénom : Sexe :

Date de naissance : Adresse :

Téléphone :

Etat civil : Médecin traitant :

Médecin spécialiste : Institution demandeuse : Date de la demande :

Cachet et signature

# Renseignements médicaux

Diagnostic de l’affection :

Evolution actuelle :

Antécédents médicaux et chirurgicaux pertinents :

Pronostic en terme de durée de vie :

Motif de la demande d’admission en USP

# Symptômes associés à l’affection

* Douleurs
* Asthénie
* Anorexie
* Nausées, vomissements
* Constipation/diarrhées
* Troubles de la déglutition
* Dyspnée
* Dépression et/ ou anxiété
* Confusion, agitation, désorientation spatio-temporelle, agressivité
* Allergies
* Autres affections ou antécédents influençant la survie ou l’inconfort du patient
* Autre

# Clinique :

* Etat général (amaigrissement, cachexie, grabatisation…)
* Etat de la peau (plaies, métastases, hydratation…)
* Cavité buccale
* Système digestif (distension, ascite, masse, organomégalie, fécalome…)
* Système cardio-vasculaire (hypertension, troubles du rythme, pace maker, angor…)
* Système pulmonaire (BPCO, épanchement, hémoptysie)
* Système génito-urinaire
* Système neurologique (douleur neuropathique, compression, HTI, AVC…)
* Système osseux (métastases, fracture…)
* Etat psychologique

# Aspects psychosociaux :

Le patient est-il au courant du diagnostic de sa maladie ?

* oui
* non

Si oui en quels termes :

Le patient est-il au courant de son pronostic ?

* oui
* non

Si oui en quels termes :

Qu’en est-il de la famille ?

A-t-on expliqué au malade vers quel service il est dirigé ? Si non, pour quelles raisons ?

La famille a-t-elle bien compris le sens de cette approche palliative ?

Quel projet d’avenir retenir en cas de stabilisation voire d’amélioration de l’état clinique du patient (retour au domicile ? dans la famille ? orientation MRS ?...)

Le patient et/ou la famille sont-ils déjà suivis par un(e) psychologue/psychiatre dans l’institution ou au domicile ?

Si oui quelles sont ses coordonnées :

# Traitements entrepris précédemment dans le cadre de la maladie :

* Chirurgie
* Radiothérapie
* Chimiothérapie
* Autres

# Traitements médicamenteux actuel :

(nom, posologie, fréquence et mode d’administration)

-

-

# Traitements non médicamenteux :

* Kinésithérapie
* Logopédie
* Autres…

# Soins infirmiers :

Alimentation :

* Orale : normal – moulu – semi-liquide.
* Aide : autonome – partielle – complète.
* Entérale : sonde nasogastrique – gastrostomie – jéjunostomie
  + Type d’alimentation :
* Parentérale : voie périphérique – centrale – PAC – Picc line
  + Date de mise en place : Elimination :
* Continence
* Incontinence urinaire – fécale
* Sonde vésicale : CH n° date de mise en place :
* Stomie
* WC – chaise percée – panne.

Hygiène :

* Toilette : aide partielle – aide complète – lit – lavabo
* Soins spécifiques : plaies, escarres… Mobilisation :
* Possibilité de déplacement : seul- aide – tribune –chaise roulante
* Lit – fauteuil
* Alité en permanence

Signature de l’infirmière

# Fiche sociale :

Lieu de vie : domicile – MR – MRS… Si domicile, aides déjà en place :

* 1ère ligne :
* 2ème ligne : Difficultés particulières ?

Le patient est-il déjà connu du service social ? Famille :

Conjoint (nom, tel) : Enfants (nom, tel) : Parents :

Petits enfants : Autres :

Autres :

Voisin/ami :

Maison de repos : Administrateur de biens :

Coordinateur de soins au domicile : Autres :

Identification du référent :

Assistance religieuse ou laïque :

* oui (préciser)
* non

Signature de l’assistance sociale