



# DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (EMSP) EN EHPAD, CENTRES MEDICAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Secrétariat EMSP : 03.83.85.11.12 / Fax EMSP : 03.83.85.11.09

<b>STRUCTURE</b>	<p><b>Nom :</b> .....</p> <p><b>Adresse complète :</b> .....</p> <p><b>Correspondant, Nom :</b> .....</p> <p><b>N° de Tél :</b> .....</p>
------------------	---

<b>RESIDANT</b>	<p><b>Nom du patient :</b> ..... <b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>Date de naissance :</b> ..... / ..... / .....</p> <p><b>Personne de confiance :</b> ..... <b>Tél :</b> .....</p> <p><b>Antécédents :</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>Traitement actuel (à faxer si possible) :</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>Professionnel(s) intervenant(s) dans la prise en charge du résident :</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychologue</td> <td><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ergothérapeute</td> <td><input type="checkbox"/> Orthophoniste</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diététicien</td> <td><input type="checkbox"/> Autre .....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Orthophoniste	<input type="checkbox"/> Diététicien	<input type="checkbox"/> Autre .....
<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute						
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Orthophoniste						
<input type="checkbox"/> Diététicien	<input type="checkbox"/> Autre .....						

<b>DEMANDE D'INTERVENTION</b>	<p><b>Pathologie en situation palliative :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Motif de la demande :</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Douleur</td> <td><input type="checkbox"/> Relation d'aide</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soins infirmiers</td> <td><input type="checkbox"/> Besoin de la famille</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avis thérapeutique</td> <td><input type="checkbox"/> Avis psychologique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avis décisionnel</td> <td><input type="checkbox"/> Réévaluation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....</td> <td></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nom du Médecin Traitant :</b> ..... <b>Tél :</b> .....</p> <p>Est-il d'accord pour une intervention de l'EMSP ? <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(réponse positive indispensable à cette question pour l'intervention)</i></p> <p><b>Nom du Médecin Coordonnateur :</b> ..... <b>Tél :</b> .....</p> <p>Est-il d'accord pour une intervention de l'EMSP ? <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(réponse positive indispensable à cette question pour l'intervention)</i></p>	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Relation d'aide	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Besoin de la famille	<input type="checkbox"/> Avis thérapeutique	<input type="checkbox"/> Avis psychologique	<input type="checkbox"/> Avis décisionnel	<input type="checkbox"/> Réévaluation	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....	
<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Relation d'aide										
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Besoin de la famille										
<input type="checkbox"/> Avis thérapeutique	<input type="checkbox"/> Avis psychologique										
<input type="checkbox"/> Avis décisionnel	<input type="checkbox"/> Réévaluation										
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....											

<b>Administratif</b>	<p><b>Joindre à la demande par Fax :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Copie d'une pièce d'identité valide</b> (Carte d'identité Recto et Verso, Livret de famille, Extrait d'acte de naissance, Titre de séjour, Passeport ou Permis de conduire)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Attestation de sécurité sociale en cours de validité</b></p>
----------------------	---