

## EADSP 36

EQUIPE D'APPUI DEPARTEMENTALE EN SOINS PALLIATIFS DE L'INDRE

23, rue Saint-Exupéry 36000 Châteauroux Tél : 02 54 08 00 72. Fax : 02 54 60 81 68.

E-mail : [eadsp36@wanadoo.fr](mailto:eadsp36@wanadoo.fr)

### **FICHE DE PREMIER CONTACT**

Avril 2012

**Date :**

**Nom et fonction du demandeur :**

**Tél :**

**Prénom et nom du malade :**

**Date de naissance :**

**Adresse du patient :**

**Lieu où peut être visité le patient :**

**Tél :**

**Profession :**

**Pathologie et stade d'évolution :**

**Nom du médecin traitant :**

**Motifs et attentes de la demande :**

- Contrôle de symptômes (lesquels) :

- Maintien ou retour à domicile

- Aide aux soins infirmiers (lesquels) :

- Aide à l'hospitalisation

- Souffrance psychologique du patient

- Aide à la décision éthique

- Souffrance familiale

- Demande d'euthanasie

- Souffrance des soignants

- Suivi de deuil

- Besoin de présence

- Autre :

**Le patient a-t-il déjà été pris en charge par une équipe de soins palliatifs: oui  non**

Si oui, laquelle ? .....

**Degré d'urgence :**

Dans les 48 H

Autre délai :

Malade informé de son diagnostic ?

Famille informée du diagnostic ?

du pronostic ?

du pronostic ?

du passage de l'EADSP ?

du passage de l'EADSP ?

sous quelle forme ?

Prénom et nom du malade : .....

**Autres référents (noms et coordonnées) :**

**Mesure de protection :**

- |                              |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice |   |  |
|                              | <input type="checkbox"/> Curatelle simple      | ) |  |
|                              | <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée   | ) | aux biens <input type="checkbox"/>     |
|                              | <input type="checkbox"/> Tutelle               | ) | à la personne <input type="checkbox"/> |

Nom du tuteur ou du curateur : .....

Coordonnées : .....

.....

**Personne de confiance désignée :**

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <i>Si oui, qui ?</i> ..... |
| <input type="checkbox"/> Non |                            |

**Directives anticipées rédigées :**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <i>Si oui, merci de nous les adresser</i> |
| <input type="checkbox"/> Non |   |

**Une procédure collégiale de limitation de soins a-t-elle eu lieu pour ce patient ?**

- |                              |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non |

**Traitement en cours à la prise en charge :**