

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

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) :
- Aide aux soins infirmiers (lesquels) :
- Souffrance psychologique du patient
- Souffrance familiale
- Souffrance des soignants
- Besoin de présence

- Maintien ou retour à domicile
- Aide à l'hospitalisation
- Aide à la décision éthique
- Demande d'euthanasie
- Suivi de deuil
- 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 :

☐ Non

☐ Oui

☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle simple)

☐ Curatelle renforcée) aux biens ☐

☐ Tutelle) à la personne ☐

Nom du tuteur ou du curateur :

Coordonnées :

.....

Personne de confiance désignée :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, qui ?

Directives anticipées rédigées :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, merci de nous les adresser

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

☐ Oui

☐ Non

Traitement en cours à la prise en charge :