

Merci d'adresser cette demande par fax : 05 57 12 34 79 ou par mel : emsp@mspb.com

Veillez nous joindre impérativement la photocopie de la Carte d'identité du patient

Interlocuteur, date et heure de la demande :		Nom et Prénom (étiquette si possible)	
Nom de l'EHPAD et numéro de Téléphone :		Date de naissance :	
		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date d'intervention demandée : (la présence de la famille proche est souhaitable)			
<u>En présence de (Nom et n° de Téléphone) :</u>			
<u>Médecin traitant :</u>		Accord <input type="checkbox"/>	
<u>Médecin coordinateur :</u>		Accord <input type="checkbox"/>	
<u>Personne de confiance ou entourage :</u>		Accord <input type="checkbox"/>	
<u>Tuteur/ curateur ? :</u>		Accord <input type="checkbox"/>	
<u>Pathologie principale :</u>			
<input type="checkbox"/> Douleurs			
<input type="checkbox"/> Symptômes			
Respiratoires	Digestifs	Neuro-psychologiques	Autres
<input type="checkbox"/> dyspnée	<input type="checkbox"/> nausées/vomissements	<input type="checkbox"/> troubles de la vigilance	<input type="checkbox"/> mycose
<input type="checkbox"/> encombrement	<input type="checkbox"/> troubles du transit	<input type="checkbox"/> confusion/agitation	<input type="checkbox"/> sécheresse buccale
	<input type="checkbox"/> anorexie	<input type="checkbox"/> convulsions	<input type="checkbox"/> symptômes urinaires
		<input type="checkbox"/> troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> altération état cutané
		<input type="checkbox"/> anxiété	
		<input type="checkbox"/> troubles de l'humeur	
<input type="checkbox"/> Altération rapide de l'état général			
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique du patient			
<input type="checkbox"/> Accompagnement de l'entourage			
<input type="checkbox"/> Soutien d'équipe			
<input type="checkbox"/> Conseils en soins infirmiers			
<input type="checkbox"/> Difficultés sociales			
<input type="checkbox"/> Evaluation du devenir			
<input type="checkbox"/> USP <input type="checkbox"/> LISP <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> HAD			
Questionnements dans le champ de l'éthique			
<input type="checkbox"/> refus de traitement			
<input type="checkbox"/> refus de soin			
<input type="checkbox"/> demande de mort anticipée			
<input type="checkbox"/> initiation, limitation ou arrêt de thérapeutiques actives			
<input type="checkbox"/> divergences autour du projet soin			

Nom et fonction du demandeur :

Date :