

INTERLOCUTEURS

Date

QUI FAIT LA DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EMSP 37 :

Nom..... Fonction..... Tél

Établissement..... Service

Si le (la) patient(e) est : hospitalisé(e)** → MEDECIN REFERENT INFORME (obligatoire)
Nom :

Si le (la) patient(e) est / sera : à domicile → MEDECIN TRAITANT INFORME (obligatoire)
Nom :

** Si le (la) patient(e) est hospitalisé(e) et que la problématique relève du domicile, RAD prévu le
Avec HAD ? LNA Val de Loire ASSAD-HAD

PATIENT(E) CONCERNE(E) =

IPP :

Nom..... Prénom.....

Date de naissance Age.....

Lieu de vie, adresse.....

Tel

PATHOLOGIE, CONTEXTE

.....
.....
.....

⚠ L'EMSP 37 intervient en situation complexe de pathologie(s) pouvant engager le pronostic vital à court, moyen ou long terme.

➔ L'incurabilité ou l'incertitude pronostique a-t-elle été évoquée ? patient oui non // famille oui non

➔ Le terme « soins palliatifs » a-t-il été évoqué ? patient oui non // la famille oui non

⚠ L'EMSP 37 sera amenée lors des entretiens à se présenter comme équipe mobile de « **soins palliatifs** ».

OBJECTIFS ENVISAGES DE LA COLLABORATION

Une évaluation globale de la situation sera réalisée, dans la mesure du possible, par un binôme de professionnels.

CONSEILS THÉRAPEUTIQUES (symptôme(s) d'inconfort complexe(s)) :

PROCEDURE COLLEGIALE chez un patient en incapacité de s'exprimer

QUESTIONNEMENT SUR LE PROJET DE SOIN / PROPORTIONNALITE DES TRAITEMENTS

ANTICIPATION DU PROJET DE SOIN (directives anticipées, prescriptions anticipées, coordination...)

AVIS PSYCHOLOGIQUE (pour évaluation, conseils et/ou éventuel accompagnement)

EVALUATION SOCIALE (pour éventuel accompagnement)

SOUTIEN D'EQUIPE (accompagnement des soignants, débriefing d'une situation, groupes de parole...)

ACCOMPAGNEMENT D'UNE DEMANDE DE SEDATION (et éventuelle aide à la mise en œuvre)

AIDE FACE A L'EXPRESSION D'UN SOUHAIT DE MORT

Validation EMSP par..... le.....