

## 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 INFORMÉ  (obligatoire)

Nom : .....

Si le (la) patient(e) est / sera :  à domicile → MEDECIN TRAITANT INFORMÉ  (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) CONCERNÉ(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)) : .....

PROCÉDURE COLLÉGIALE 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)

ÉVALUATION SOCIALE (pour éventuel accompagnement)

SOUTIEN D'ÉQUIPE (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 EMSP37 par : ..... – le : .....

EMSP37, 2 boulevard Tonnellé, 37 044 TOURS CEDEX - Tel : 02 47 47 70 90

**ENVOI DU FORMULAIRE COMPLÉTÉ EXCLUSIVEMENT PAR MAIL : [secretariat.emsp37@chu-tours.fr](mailto:secretariat.emsp37@chu-tours.fr)**