

Date

QUI FAIT LA DEMANDE :

Nom..... Fonction..... Tél/...../...../.....
Établissement..... Service

PATIENT(E) CONCERNE(E) =

IPP :

Nom..... Prénom.....
Date de naissance Age.....
Lieu de vie, adresse.....
..... Tel/...../...../...../.....

PATHOLOGIE

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

Terme « soins palliatifs » = évoqué avec le patient ☐ oui ☐ non évoqué avec la famille ☐ oui ☐ non

PROJET DE SOIN ENVISAGE POUR LE PATIENT :

Hospitalier ==> Accord médecin référent (Nom, tél.) : oui ☐
A domicile ==> Accord médecin traitant (Nom, tél.) : oui ☐

⚠ CET ACCORD PREALABLE EST OBLIGATOIRE POUR UNE COLLABORATION AVEC L'EMSP.

OBJECTIFS INITIAUX 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

☐ AIDE A L'ELABORATION DU PROJET DE SOIN (directives anticipées, prescriptions anticipées, proportionnalité des traitements, coordination...)

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

☐ EVALUATION SOCIALE (pour éventuel accompagnement)

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

☐ 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, 37044 TOURS CEDEX - 02 47 47 70 90 - secretariat.emsp37@chu-tours.fr

ENVOI DU FORMULAIRE COMPLÉTÉ EXCLUSIVEMENT PAR MAIL : di.emsp37@chu-tours.fr