

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 ENVISAGÉS 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 :