



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 :

EMSP37, 2 boulevard Tonnellé, 37 044 TOURS CEDEX - Tel : 02 47 47 70 90 - secrétariat.emsp37@chu-tours.fr

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