

DEMANDE D'INTERVENTION PATIENT

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

Date
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 VDL ☐ Humensia ☐ Autre :

PATIENT(E) CONCERNÉ(E)

Nom.....Prénom.....IPP.....
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.

Pour toutes demandes de soutien d'équipe, merci d'utiliser le formulaire dédié et disponible sur le site internet.

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

☐ COMPAGNONNAGE DES PROFESSIONNELS (soins complexes : pansement, toilette, mobilisation, ...)

☐ 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)

☐ 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