

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Villa IZOÏ : USPLD

(Unité de Soins Palliatifs Longue Durée)



La demande est à adresser à l'attention du Docteur Jean-Michel RIOU :

- ❖ Par mail : villa-izoi@lamaisondegardanne.fr
- ❖ Par fax : 04.42.19.18.21
- ❖ Par courrier :

VILLA IZOÏ
Chemin du Père Eugène SEROUX
13120 GARDANNE

- ❖ Ou à déposer au secrétariat

Pour tout renseignement, contacter le secrétariat :

- ❖ Par téléphone : 04.42.19.18.20
- ❖ Par mail : villa-izoi@lamaisondegardanne.fr

La demande doit être accompagnée des documents suivants :

Attestation carte vitale, mutuelle, papiers d'identité, comptes rendus d'hospitalisation et/ou comptes rendus de consultations, examens complémentaires, RCP...

Date de la demande : Date de réception de la demande :

Type d'hospitalisation demandée:

Soins palliatifs La Maison

Temps de répit La Maison (3 semaines)

USPLD La Villa IZOÏ

Retour à domicile possible: OUI NON

Si oui : A domicile Dans le service

I – Le patient

Nom : Prénom:

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Situation familiale :

Marié(e)

Divorcé(e)

Célibataire

Veuf (ve)

Enfant(s) :

Lieu de prise en charge du patient à la date de la demande :

Domicile : (mettre une case à cocher avant Domicile et les autres)

Structure intervenant à votre domicile :

HAD (hospitalisation à domicile)

Réseau. Si oui lequel :

EMSP (équipe mobile de soins palliatifs)

Infirmiers libéraux

Institution :

Centre hospitalier :

Clinique / service :

EHPAD :

Médecin référent hospitalier du patient : ☎:

Mail :

Médecin demandeur si ≠ du médecin référent :

Médecin traitant : ☎: Mail :

Assistante sociale : ☎:

Personne à contacter pour la réponse à la demande d'admission :

Nom :

Institution:

☎: Fax : Mail :

II – Contexte psycho-social

Existe-t-il une personne de confiance ? OUI NON

Nom : Prénom:

Lien de parenté avec le patient : ☎ :

Existe-t-il des directives anticipées ? OUI NON

La demande d'admission est-elle faite dans le cadre d'un rapprochement familial ? OUI NON

Lieu de résidence des proches si différent du patient :

Problématique sociale :

Précarité Isolement Au domicile situation familiale complexe

Mesure de protection juridique :

Sauvegarde de justice : OUI NON

Curatelle : OUI NON

Tutelle : OUI NON

Coordonnées du curateur/tuteur :

III – Situation médicale

Diagnostic principal :

1 – Antécédents

■.....	■.....
■.....	■.....
■.....	■.....
■.....	■.....
■.....	■.....

2 – Histoire de la maladie récente et problématique actuelle

.....

.....

.....

.....

.....

3 – Traitements actuels (posologie et voie d'administration)

.....

.....

.....

.....

.....

- Arrêt traitement curatif chimiothérapie en cours Transfusion régulière nécessaire
Présence de BMR : OUI NON

4 – Voie d'abord

Voie d'abord :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique | <input type="checkbox"/> Seringue électrique |
| <input type="checkbox"/> KT Central | <input type="checkbox"/> Piccline |
| <input type="checkbox"/> PAC | <input type="checkbox"/> PCEA |
| <input type="checkbox"/> Sous cutanée | <input type="checkbox"/> Pompe intrathécale |
| <input type="checkbox"/> PCA | |

IV – Évaluation de la dépendance et de la charge en soins

Taille : Poids :

1 – Conscience et communication

- Communication adaptée
- Communication difficile
- Pas de communication
- Somnolence
- DTS/confusion/délires/troubles du comportement :
-

2 – Déplacement

- Marche seule (e)
- Marche avec aide humaine
- Marche avec aide matérielle
- Transfert lit – fauteuil possible : Sans aide Avec aide
- Alitement permanent

3 – Toilette

- Seul (e)
- Avec aide partielle
- Douche : OUI NON
- Toilette complète au lit

4 - Alimentation

Régime alimentaire :

- Normal
- Mixé / mouliné
- Eau gélifiée
- S'alimente seul (e)
- Avec aide
- A jeun OUI NON
- Sonde nasogastrique
- Sonde de gastro / jéjunostomie
- Nutrition parentérale

5 – Elimination

- Contenance urinaire : OUI NON
- Contenance fécale : OUI NON
- Sonde vésicale
- Urétéro / néphrostomie
- Colo / iléostomie

6 - Respiration

- Oxygène
 - Trachéotomie
 - VNI / respirateur
 - Aspiration
- Si oui, préciser le prestataire :

7 – Etat cutané

- Peau saine
 - Escarres (stades, localisations) :
 -
 - Pansements :
- Si oui, joindre le protocole en cours

V – Objectif de la demande

Date d'admission souhaitée :

Dès que possible

Autre :

VI – Informations données

– Au patient :

Diagnostic :

Pronostic :

Termes utilisés :

– A l'entourage :

Diagnostic :

Pronostic :

Termes utilisés :

VII – Prise en charge sociale

Affection de longue durée : OUI NON

Mutuelle : OUI NON

Il est indispensable que lors de son admission, le patient arrive avec :

- Ses papiers d'identité, carte vitale, mutuelle, bulletin de situation
- Les documents médicaux : lettre de transfert, comptes rendus d'hospitalisation et consultations, examens complémentaires (imageries et biologies), traitement en cours...