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](mailto:accueil@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](mailto:villa-izoiaccueil@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 :  ☐ Voie veineuse périphérique ☐ Seringue électrique  ☐ KT Central ☐ Piccline  ☐ PAC ☐ PCEA  ☐ Sous cutanée ☐ Pompe intrathécale  ☐ 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 ☐ S’alimente seul (e)  ☐ Mixé / mouliné ☐ Avec aide  ☐ Eau gélifiée ☐ A jeun ☐ OUI ☐ NON  ☐ Sonde nasogastrique  ☐ Sonde de gastro / jéjunostomie  ☐ Nutrition parentérale |
| ***5 – Elimination*** |
| Continence urinaire : ☐ OUI ☐ NON  Continence 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…