

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

La Maison



La demande est à adresser à l'attention du Docteur Jean-Marc La Piana

- ❖ Par mail : accueil@lamaisondegardanne.fr
- ❖ Par fax : 04.42.58.37.25
- ❖ Par courrier :

La Maison
1100 Route Blanche
13120 GARDANNE

- ❖ Ou à déposer au secrétariat

Pour tout renseignement, contacter le secrétariat :

- ❖ Par téléphone : 04.42.65.7360
- ❖ Par mail : accueil@lamaisondegardanne.fr

Merci de joindre à la demande les 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

Retour à domicile possible:

OUI

NON

Si oui :

A domicile

Dans le service

I – Le patient

Nom : Prénom:

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

.....

Téléphone :

Situation familiale :

Marié(e)

Divorcé(e)

Célibataire

Veuf (ve)

Enfant(s) :

Téléphone :

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

Mesure de protection juridique :

Sauvegarde de justice : OUI NON

Curatelle : OUI NON

Tutelle : OUI NON

Coordonnées du curateur/tuteur :

III – Situation médicale

Diagnostic principal :

Indice de Karnofsky :

Antécédents médicaux

■ ■
■ ■

Autonomie

- mange seul OUI NON

- se déplace seul OUI NON

Traitements actuels (posologie et voie d'administration)

.....
.....
.....

Arrêt traitement curatif chimiothérapie en cours Transfusion régulière nécessaire

Présence de BMR : OUI NON

Voie d'abord

Voie d'abord :

Voie veineuse périphérique

KT Central

PAC

Sous cutanée

PCA

Seringue électrique

Piccline

PCEA

Pompe intrathécale

