

# 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 : [accueilizoi@lamaisondegardanne.fr](mailto:accueilizoi@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 : [accueilizoi@lamaisondegardanne.fr](mailto:accueilizoi@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...