

# 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: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](mailto: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 : .....

*Type d'hospitalisation demandée:*

**USPLD La Villa IZOÏ**

Retour possible :  OUI  NON

Si oui :  A domicile  Dans le service

**I – Le patient**

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... **Age** : .....

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 : .....
- Autre : .....

Médecin référent hospitalier du patient : ..... ☎: .....

Mail : .....

Médecin demandeur si ≠ du médecin référent : ..... ☎: .....

Mail : .....

Médecin traitant : ..... ☎: .....

Assistante sociale : ..... ☎: .....

**Personne à contacter pour la réponse à la demande d'admission (MAIL TRES IMPORTANT) :**

Nom : .....

☎: ..... Fax : ..... **Mail** : .....

## II – 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"/> Pic line            |
| <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 biologiques), traitement en cours...