DOSSIER DE DEMANDE D’ADMISSION

 **Villa IZOÏ : USPLD**

**(Unité de Soins Palliatifs Longue Durée)**

La demande est à adresser :

* Par mail : 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

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 **☐** NONSi 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 ☐ NONNom : .................................................................. Prénom: .....................................................................................Lien de parenté avec le patient : .......................................... : ........................................................................*Existe-t-il des directives anticipées ?* ☐ OUI ☐ NONLa demande d’admission est-elle faite dans le cadre d’un rapprochement familial ? ☐ OUI ☐ NONLieu 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 ☐ NONCoordonnées 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 ☐ Pic line☐ 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 ☐ NONContinence fécale : ☐ OUI ☐ NON☐ Sonde vésicale☐ Urétéro / néphrostomie☐ Colo / iléostomie |
| ***6 - Respiration*** |
| ☐ Oxygène☐ Trachéotomie☐ VNI / respirateur☐ AspirationSi 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 ☐ NONMutuelle : ☐ 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…