



Ré.S.P.13

DEMANDE D'INCLUSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DES BDR RéSP13

Merci d'adresser cette demande complétée au Réseau RéSP13

Par mail via MS Santé à : secr.reseau.psp13@e-santepaca.fr ou par fax : **04 42 63 08 56**

CADRE RÉSERVÉ RéSP13

Date de réception DEMANDE :

N° DEMANDE

N° PRÉ INCLUSION

PATIENT

NOM :

Prénom :

Patient hospitalisé OUI NON

Si oui, préciser le service et n° de tél du service

Date de sortie envisagée :

Patient vu par EMSP intra hospitalière OUI NON

- Patient/proches acceptent l'intervention du réseau OUI NON

- Médecin traitant accepte l'inclusion du patient au réseau OUI NON

DATE DE LA DEMANDE :

DEMANDEUR

NOM Prénom :

Tél :

Courriel :

Préciser : Médecin traitant IDE libéral·e Famille/proche, préciser le lien avec le patient :

Médecin hospitalier, préciser l'établissement et le service :

EHPAD, préciser nom de l'établissement et fonction du demandeur :

Autres, préciser :

PATIENT

NOM D'USAGE :

Prénom :

NOM de naissance :

F H

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Courriel :

Date de naissance :

Age :

Situation familiale :

Vit seul·e OUI NON

NOM du Régime de sécurité sociale :

Association d'aide à domicile, préciser le nom et tél de l'association :

Accompagnement social OUI NON, si oui préciser nom et tél :

PERSONNES DE L'ENTOURAGE ou PERSONNES RESSOURCE (préciser le lien avec le patient)

NOM Prénom :

Lien :

Tél :

Courriel :

Ville :

NOM Prénom :

Lien :

Tél :

Courriel :

Ville :

PERSONNE DE CONFIANCE DÉSIGNÉE (selon l'article L.1111-6 du Code de la santé publique)

NOM Prénom :

Lien :

Tél :

Courriel :

Ville :



DEMANDE D'INCLUSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DES BDR RÉSP13

PATIENT

NOM :

Prénom :

MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom :

Tél Cabinet :

Adresse :

Tél mobile :

Courriel :

Fax :

IDE LIBERAL

NOM :

Prénom :

Tél :

NOM :

Prénom :

Tél :

NOM :

Prénom :

Tél :

MÉDECIN HOSPITALIER

NOM Prénom :

Tél Secrétariat :

Établissement :

Tél mobile :

Service :

Fax :

Courriel :

AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Nom et tél à préciser SVP

HAD :

SSIAD :

Prestataire :

Autres :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

ANTÉCÉDENTS :

INDICE DE KARNOFSKY :

DIAGNOSTIC CONNU du patient OUI NON
de la famille OUI NON

PRONOSTIC CONNU du patient OUI NON
de la famille OUI NON

DIRECTIVES ANTICIPÉES OUI NON



Ré.S.P.13

DEMANDE D'INCLUSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DES BDR RéSP13

PATIENT

NOM :

Prénom :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE de coordination à préciser SVP :

PRINCIPAUX SYMPTÔMES :

Symptômes difficiles à contrôler :

Soins de support sollicité(s) :

- Soutien social Soutien psychologique Soutien des professionnels
 Soutien à l'accès aux soins Soutien des aidants naturels Autres, préciser :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

TRAITEMENT EN COURS

**Merci de joindre au dossier les documents médicaux
compte-rendu d'hospitalisation, évaluation palliative, avis spécialisés, ...**