

**DEMANDE D'INTERVENTION**  
**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

**Equipe Mobile de Soins Palliatifs à domicile L'ESTEY MUTUALITE**

45 Cours du Maréchal Galliéni – 33000 BORDEAUX

Tél : 05 56 89 82 53 Fax : 05 35 54 28 48 - [equipemobile@lestey.fr](mailto:equipemobile@lestey.fr)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

<b>NOM et prénom :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Date de naissance :</b>	<b>Age :</b>
<b>Adresse :</b>	Vit seul <input type="checkbox"/>
	En couple <input type="checkbox"/>
	Avec enfants <input type="checkbox"/>
<b>Téléphone :</b>	

**DATE DE LA DEMANDE :**

➤ **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

CANCER (localisation)

METASTASES localisations :

PATHOLOGIE NEURODEGENERATIVE terminale :

INSUFFISANCE D'ORGANE terminale :

AUTRES, préciser.....

➤ **DIAGNOSTIC(S) ASSOCIE (S) :**

**EVALUATION DE LA DEPENDANCE**

**(entourer)**

*Grabataire 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Totalemnt autonome*

**EVALUATION DE L'ESPERANCE DE VIE**

**(entourer)**

*Court terme < 1 mois intermédiaire > 3 mois*

**PRINCIPAL MOTIF D'APPEL**

DOULEURS et AUTRES SYMPTOMES

SITUATION SOCIALE COMPLEXE (isolement, précarité, épuisement des proches, conflits familiaux)

SITUATION PSYCHOLOGIQUE COMPLEXE (souffrance psychologique du patient ou de l'entourage)

QUESTION ETHIQUE (euthanasie, refus de soins, limitation ou arrêt de traitements, projet de sédation pour détresse)

**COMMENTAIRES**

• **NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Portable :**

**Fax :**

**Adresse mail :**

• **SPECIALISTE REFERENT :**

**ETABLISSEMENT :**

• **DES INFIRMIERS INTERVIENNENT-ILS ? OUI NON**

**HAD : OUI NON**

**Nom :**

**Téléphone :**