

DEMANDE D'INTERVENTION
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Equipe Mobile de Soins Palliatifs à domicile L'ESTEY MUTUALITE

39 rue François de Sourdis – 33000 BORDEAUX

Tél : 05 56 89 82 53 Fax : 05 35 54 28 48 - equipemobile@lestey.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

NOM et prénom : Date de naissance : Adresse : Téléphone :	Sexe : Age : Vit seul En couple Avec enfants
--	--

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 *Totalement 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 :