

FICHE DE SIGNALEMENT SOINS PALLIATIFS PARIS OUEST :

Date de signalement : (Heure)	Date de VAD : Intervenants :
----------------------------------	---------------------------------

1. SIGNALANT : • Nom / Prénom / Fonction : • Tel / Mail :

2. INFORMATIONS DU PATIENT : • Nom / Prénom : • DDN / Âge : • Adresse / Codes d'accès : • Téléphones fixe / Portable / Mail :	• Accord du patient : Oui ☐ Non ☐ • Nom de naissance : • Sexe : M ☐ F ☐
--	---

3. ENTOURAGE : • Aidant principal (nom) : Téléphone / mail : • Personne de confiance (nom) : Téléphone / mail :	• Accord des proches : Oui ☐ Non ☐ • A domicile : Oui ☐ Non ☐ • Lien : • Lien :
--	--

4. Médecin traitant (Nom / Fonction / Mail / Tel) : • Accord : Oui ☐ Non ☐ Absence de MT ☐
--

5. MOTIF DE LA DEMANDE : • Pathologie principale : • Résumé de la situation / Symptômes :	• RAD prévu :
--	---------------

• Antécédents :

• Traitements actuels :

6. PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANTS (Nom / Fonction / Mail / Tel) :

• Médecin hospitalier :

Service / Hôpital :

• EMSP :

• IDEL :

• HAD :

• SSIAD :

• SAD / AVS :

• Suivi psychologique /psychiatrique :

• Autre :

7. CONTEXTE SOCIAL : Mode de vie / Entourage / Aides sociales :

• APA : Oui ☐ Non ☐

• Fond FNASS : Oui ☐ Non ☐

• Autres aides : Oui ☐ Non ☐

• Patient sous tutelle/curatelle : Oui ☐ Non ☐ Si oui (Nom / numéro / mail)

• Patient informé du diagnostic/pronostic : Oui ☐ Non ☐

• Directives anticipées : Oui ☐ Non ☐

• Demande trajectoire anticipée : Oui ☐ Non ☐ Numéro :

8. ORIENTATION : • DAC SP ☐ palliatifs@m2a-dac75ouest.fr • EMSPT ☐ emsp-territoriale@jeannegarnier-paris.org

• Divers / Autre :