

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 :