

**FICHE REGIONALE DE DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS (USP)  
OU DANS UN SERVICE DISPOSANT DE LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS (LISP)**

2016

- Il est souhaité que la rédaction de la demande d'admission soit faite par le médecin (en lien avec l'équipe multidisciplinaire : IDE, AS, psychologue...).
- Les données apportées sur cette fiche doivent permettre de mesurer le degré de complexité de la situation et d'envisager en fonction l'orientation adaptée (soit LISP, soit USP).
- Des compléments téléphoniques entre médecins sont souvent nécessaires.

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

NOM-Prénom

Statut

Telephone

**IDENTIFICATION DU PATIENT** (*renseignez les informations ci-dessous ou joignez la fiche administrative du patient*)

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

**Personne à prévenir** : Nom

Prénom

Téléphone

**Médecin traitant** : Nom

Prénom

Téléphone

**IDENTIFICATION DE LA SITUATION PALLIATIVE**

**Critère absolu : il doit s'agir d'une maladie grave, avancée et évolutive**

*Précisez la/lesquel(les)*

*Précisez le contexte*

Le patient est-il en phase terminale de sa maladie ?      oui      non

Y-a-t-il un traitement de la maladie causale ?      oui      non

Si oui, dans quel objectif ?

## MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN LISP OU USP

### Nécessité d'une prise en charge de symptômes majeurs d'inconfort

*(Merci de cocher les symptômes concernés parmi les propositions ci-dessous, et de modifier/compléter les descriptions)*

Douleurs nociceptives et/ou neuropathiques

Symptômes respiratoires

Symptômes digestifs

Symptômes neurologiques ou neuro-psychiatriques

Altération de l'état cutané

Autre symptôme invalidant

### Souffrance psychologique et/ou spirituelle

Du patient

De son entourage

### Besoin de répit

Du patient ou de son entourage

De l'équipe de soin

### Problématique sociale ou socio-familiale *(isolement, conflits, besoin de rapprochement géographique...)*

*Précisez laquelle*

### Problématique éthique *(demande d'aide à la décision complexe, limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA), demande d'euthanasie par le patient et/ou sa famille, refus de soins....)*

*Précisez laquelle*

## NOTE LIBRE SUR LA COMPLEXITE DE LA PRISE EN CHARGE

Quels sont les éléments de complexité de la prise en charge justifiant votre demande d'admission en LISP ou USP ?

## EVALUATION DE LA DEPENDANCE ET DE LA CHARGE EN SOINS

<p style="text-align: center;"><i>HYGIENE</i></p> <p>Toilette    sans aide               avec aide               au lit</p> <p>Soins d'escarre</p> <p>Matelas    hôtelier               préventif               curatif</p>	<p style="text-align: center;"><i>DEPLACEMENT</i></p> <p>Seul Avec Aide Alitement Fauteuil Appui membres inférieurs</p>	<p style="text-align: center;"><i>MATERIEL DE SOINS</i></p> <p>Chambre implantable PiccLine PCA    PSE    PERF Trachéotomie Oxygène Aspiration Pansements / <i>Durée</i> VAC Autres</p>
<p style="text-align: center;"><i>ALIMENTATION</i></p> <p>Seul Aide au repas GPE    SNG</p>	<p style="text-align: center;"><i>ELIMINATION</i></p> <p>Contenance Incontinence Sonde Stomie</p>	<p style="text-align: center;"><i>COMPORTEMENT</i></p> <p>Cohérence Désorientation temporo-spatiale Démence Déambulation nocturne Anxiété</p>

### PROJETS EVOQUES OU ATTENDUS

RAD envisageable

Organisation de permissions

Retour en structure médico-sociale

Inscription(s) de précaution en structures réalisée(s) (EHPAD, USLD, FAM....)

Fin de vie envisagée dans l'unité

### INFORMATION DU PATIENT

En quels termes le transfert dans l'unité de soins palliatifs ou dans une unité ayant des lits identifiés de soins palliatifs a-t-il été présenté ?

### LE PATIENT EST-IL CONNU D'UNE EQUIPE RESSOURCE EN SOINS PALLIATIFS ?

Réseau de soins palliatifs. *Précisez*

EMSP. *Précisez*

HAD. *Précisez*

Equipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP « La Brise »)