



## Service de soins palliatifs Saint Alexis

Tél : 064/235971 Fax : 064/233675

### Dossier d'admission

Ce document est à renvoyer par courrier ou fax au médecin référent, complété par les différents intervenants ayant en charge le patient ou par le médecin traitant.

Docteur Michèle Pieterbourg

Tel : 064/234924

Infirmière en chef

Tel : 064/234918

Concerne :

Nom, Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Etat civil :

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

Institution demandeuse :

Date de la demande :

Cachet et signature



## Renseignements médicaux

Diagnostic de l'affection :

Evolution actuelle :

Antécédents médicaux et chirurgicaux pertinents :

Pronostic en terme de durée de vie :

Motif de la demande d'admission en USP



## Symptômes associés à l'affection

- Douleurs
- Asthénie
- Anorexie
- Nausées, vomissements
- Constipation/diarrhées
- Troubles de la déglutition
- Dyspnée
- Dépression et/ ou anxiété
- Confusion, agitation, désorientation spatio-temporelle, agressivité
- Allergies
- Autres affections ou antécédents influençant la survie ou l'inconfort du patient
- Autre

## Clinique :

- Etat général (amaigrissement, cachexie, grabatisation...)
- Etat de la peau (plaies, métastases, hydratation...)
- Cavité buccale
- Système digestif (distension, ascite, masse, organomégalie, fécalome...)
- Système cardio-vasculaire (hypertension, troubles du rythme, pace maker, angor...)
- Système cardio-vasculaire (BPCO, épanchement, hémoptysie)
- Système génito-urinaire
- Système neurologique (douleur neuropathique, compression, HTI, AVC...)
- Système osseux (métastases, fracture...)
- Etat psychologique



## Aspects psychosociaux :

Le patient est-il au courant du diagnostic précis de sa maladie ?

- oui
- non

Si oui en quels termes :

Le patient est-il au courant de son pronostic ?

- oui
- non

Si oui en quels termes :

Qu'en est-il de la famille ?

A-t-on expliqué au malade vers quel service il est dirigé ?

Si non, pour quelles raisons ?

La famille a-t-elle bien compris le sens de cette approche palliative ?

Quel projet d'avenir retenir en cas de stabilisation voire d'amélioration de l'état clinique du patient (retour au domicile ? dans la famille ? orientation MRS ?...)

Le patient et/ou la famille sont-ils déjà suivis par un(e) psychologue/psychiatre dans l'institution ou au domicile ?

Si oui quelles sont ses coordonnées :



## Traitements entrepris précédemment dans le cadre de la maladie :

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Autres

## Traitements médicamenteux actuel :

(nom, posologie, fréquence et mode d'administration)

-  
-  
...

## Traitements non médicamenteux :

- Kinésithérapie
- Logopédie
- Autres...



## Soins infirmiers :

### Alimentation :

- Orale : normal – moulu – semi-liquide.
- Aide : autonome – partielle – complète.
- Entérale : sonde nasogastrique – gastrostomie – jéjunostomie
  - Type d'alimentation :
- Parentérale : voie périphérique – centrale – PAC
  - Date de mise en place :

### Elimination :

- Continence
- Incontinence urinaire – fécale
- Sonde vésicale : CH n°      date de mise en place :
- Stomie
- WC – chaise percée – panne.

### Hygiène :

- Toilette : aide partielle – aide complète – lit – lavabo
- Soins spécifiques : plaies, escarres...

### Mobilisation :

- Possibilité de déplacement : seul- aide – tribune – chaise roulante
- Lit – fauteuil
- Alité en permanence

Signature de l'infirmière



## Fiche sociale :

Lieu de vie : domicile – MR – MRS...

Aides déjà en place : infirmières 1<sup>ère</sup> ligne, 2<sup>ème</sup> ligne  
Difficultés particulières ?

Le patient est-il déjà connu du service social ?

Famille :

Conjoint (nom, tel) :

Enfants (nom, tel) :

Petits enfants :

Autres :

Autres :

Voisin/ami :

Maison de repos :

Administrateur de biens :

Coordinateur de soins au domicile :

Autres :

Identification du référént :

Assistance religieuse ou laïque :

- oui (préciser)
- non

Signature de l'assistance sociale