

DEMANDE D'ÉVALUATION ET DE SUIVI EN HDJ DE SOINS PALLIATIFS



Pôle Santé Léonard de Vinci
Chambray-lès-Tours

HÔPITAL DE JOUR SOINS PALLIATIFS

☎ 06 86 41 68 50
@ hdj.soinspalliatifs@pslv.fr

UNITÉ & LITS IDENTIFIÉS SOINS PALLIATIFS

☎ 02 47 22 21 75
@ soins.palliatifs@pslv.fr

Merci d'envoyer cette demande dûment remplie par mail (hdj.soinspalliatifs@pslv.fr) ou par fax (**02 47 22 21 38**).

Le patient est-il au courant de votre demande ?

Oui Non

Nom et prénom du demandeur :

Qualité du demandeur :

.....

.....

Nom et prénom du patient :

Né(e) le :

.....

Sexe : F M

Adresse du patient :

Téléphone du patient :

Nom et coordonnées du référent à contacter (tel et / ou email) :

.....

LE PATIENT EST ATTEINT D'UNE PATHOLOGIE GRAVE ET ÉVOLUTIVE

Traitement spécifique en cours (chimiothérapie, radiothérapie etc.) :

Oui Non

MOTIF DE LA DEMANDE :

- Évaluation globale
- Symptômes (précisez) :
- Souffrance psychologique du patient et/ou de la famille
- Difficultés sociales/questionnement autour du devenir
- Soutien d'équipe
- Questionnement éthique (précisez) :

Commentaires :

Merci de nous adresser avec cette demande **les derniers compte-rendus et imageries**.

PROFESSIONNELS RÉFÉRENTS (nom - commune - tel)

Médecin traitant :

Médecin spécialiste/hospitalier :

Pour les EHPAD/Établissements Médico-Sociaux :

- Médecin coordinateur et/ou infirmière coordinatrice :

.....

Cabinet infirmier/SSIAD/HAD :

Association à domicile/prestataires :

Oui Non

- Si oui, précisez :

Connu d'une équipe de soins palliatifs ?

Oui Non

- Si oui, précisez :