



FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION
Réseau de Soins Palliatifs des Pyrénées-Orientales
Par mail : contact@rsp-66.fr - Par fax : 04 68 85 42 95

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Les accords préalables du patient et de son médecin référent sont obligatoires avant l'intervention de la cellule d'appui du réseau de soins palliatifs.

Nom de l'établissement/du demandeur :

Téléphone du Service :

Fax :

Nom Prénom du Patient :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Réfèrent familial :

Téléphone :

N° sécurité sociale :

Mutuelle :

CPAM MSA Autres :

Situation actuelle du patient : Etablissement de santé Domicile Autres

Date d'Entrée dans l'Etablissement :/...../..... **Sortie le**/...../.....

Motif/Pathologie :

Antécédents :

Médecin référent de l'établissement :

Médecin traitant :

Téléphone :

Cabinet IDE :

Téléphone :

Le patient est informé de son pronostic :

OUI NON

Le patient est informé de notre passage :

OUI NON

Motif de demande de prise en charge par la cellule de coordination du réseau :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation et organisation du maintien à domicile | <input type="checkbox"/> Coordination soins infirmiers |
| <input type="checkbox"/> Action sociale | <input type="checkbox"/> Douleur et traitement |
| <input type="checkbox"/> Soutien psychologique de | <input type="checkbox"/> Transfert |
| <input type="checkbox"/> <u>autres, préciser la demande :</u> | <input type="checkbox"/> Suivi de deuil |