



Site de Waremmé

Unité Aquarelle

Docteur M-T. CLOSON

Bureau infirmier

☎ 019/33.82.50

Fax : 019/33.88.27

aquarelle.war@chba.be

Aquarelle

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Provenance :

☐ Domicile

☐ CHBA – Service : ☎

☐ Autre hôpital Service ☎

☐ Maison de repos..... ☎

Nom du médecin traitant :

Coordonnées :

.....

.....

Nom du médecin signant la demande :

Domicile du patient :

☐ Seul chez lui

☐ En famille

☐ En maison de repos

Personne de référence :

☐ En famille

☐ Ami(e)

Nom :

Prénom :

Coordonnées téléphoniques :

.....

.....

☐ Aucune

Un entretien avec la famille est vivement souhaité, de même que l'avis du médecin traitant



DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS

PATHOLOGIE

Date de début de la maladie : / /

Diagnostic et évolution depuis lors (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie,...)

[illegible]

Traitement actuel (vous pouvez l'annexer à ces documents)

[illegible]

Pronostic

- ☐ < 1 semaine
- ☐ < 2 mois
- ☐ inconnu

Le patient est-il au courant de l'arrêt du traitement à visée curative ? ☐ oui
☐ non

NB : rappelons que les soins palliatifs ne sont pas uniquement synonymes de soins terminaux. Le service n'est pas à considérer non plus comme une « petite revalidation ».

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS

MOTIFS CONDUISANT A L'HOSPITALISATION

Qui demande l'admission ? ☐ famille
☐ médecin traitant
☐ médecin spécialiste
☐ patient

La patient est-il au courant du diagnostic ? ☐ Oui
☐ Non, pourquoi ?
.....
.....

Le patient est-il au courant du pronostic ? ☐ Oui ☐ Non

La famille a-t-elle été rencontrée ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, qu'est-ce qu'il ressort de l'entretien ?

Motifs de l'hospitalisation en soins palliatifs :

- ☐ Adaptation traitement – contrôle symptômes : précisez lesquels ?
- ☐ Dégradation de l'état général. Depuis quand ?
- ☐ Souffrance psychologique
- ☐ Soulagement familial
- ☐ Problèmes sociaux
- ☐ Fin de vie

Le patient est-il au courant de la demande ? ☐ Oui ☐ Non, pourquoi ?
.....
.....

Nous restons un milieu hospitalier, si l'état de santé est stabilisé et si les conditions le permettent, le retour est-il possible pour le patient, par exemple dans le cadre d'une fin de vie, au domicile ou vers une MR, MRS ?

- ☐ Oui
- ☐ Non. Pour quelle(s) raison(s)

Le patient est-il informé de la spécificité et de l'intérêt d'une prise en charge dans notre unité USP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

L'équipe mobile est-elle déjà intervenue auprès de ce patient ?

- ☐ Oui Leurs références et/ou n° de téléphone :
- ☐ Non

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS

QUELQUES RENSEIGNEMENTS

Degré d'autonomie

Echelle de Karnowsky
(entourer l'indice correspondant)

100	Normal, pas de plaintes ni de signe de maladie
90	Activité normale – signe et symptômes mineurs
80	Activité, normale, avec effort, quelques symptômes
70	Autonomie mais incapacité de travail ou d'activité normale
60	Autonomie mais besoin occasionnel d'aide
50	Besoin important d'aide et de soins
40	Dépendant, besoin constant d'aide et de soins spécifiques
30	Dépendance et incapacité sévère
20	Grand malade nécessitant un soutien actif
10	Mourant
0	Mort

Alimentation, hydratation

☐ Non ☐ Oui

- **Régime** ☐ normal ☐ découpé ☐ mixé
autre :

- **Appétit** ☐ correct ☐ diminué ☐ nul

Gastrostomie

☐ Oui ☐ Non

Alimentation parentérale ☐ Oui ☐ Non

La personne a-t-elle des plaies ? ☐ Non ☐ Oui

Localisation :

Stade :

Type :

Mobilisation ☐ Se déplace seul ☐ Se déplace avec aide ☐ Au lit

Elimination ☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Appareillage : SV ou autre : depuis quand :

Respiration ☐ Eupnéique ☐ Dyspnéique

☐ Apnée du sommeil ☐ oui ☐ non

Sommeil

☐ Dort bien ☐ Difficultés à l'endormissement ☐ Réveil nocturne fréquent

Le patient présente-t-il : ☐ des moments de désorientation ou de confusion ☐ oui ☐ non
☐ des moments d'agressivité ☐ oui ☐ non
☐ des moments d'anxiété ☐ oui ☐ non

Douleur

Localisation :

☐ Absente ☐ légère ☐ modérée ☐ sévère ☐ insupportable

Cachet
du médecin

Date

Signature