

Département Soins Stationnaires

DEMANDE D'HOSPITALISATION USP d'Aubonne

(SOINS PALLIATIFS SPECIALISES, annexe 1)

PATIENT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. / E-mail :

Ev. Personne proche (Nom / Tél. / E-mail) :

Nom de l'assurance.....

Suivi CMS : Oui Non Secteur :

Suivi EMSP : Oui Non Région :

MÉDECIN ENVOYEUR (Nom / Tél. / Fax / E-mail) :

.....

HÔPITAL ENVOYEUR (Médecin / Service / Hôpital / Tél. / E-mail) :

.....

Isolement : Oui Non Si isolement, SVP préciser type :

CORONA CHECK : Négatif **Positif = PAS D'ADMISSION EN CHAMBRE DOUBLE FROTTIS A ORGANISER A L'ENTREE**

Appareillages particuliers :

VNI CPAP Trachéotomie VVC PAC PICC Line ou MID Line Matelas à air

Pansement Autres.....

RÉSUMÉ DE LA SITUATION, INFORMATIONS PERTINENTES A CONNAITRE :

(Joindre Document Médical de Transmissions et/ou Compte Rendu EMSP et/ou Annexe 3B pour compléter)

.....

.....

.....

.....

.....

ARGUMENTS JUSTIFIANT L'ADMISSION DANS L'UNITÉ, A REMPLIR OBLIGATOIREMENT :

1. Présence de symptômes réfractaires :

Douleurs, intensité :/10

Dyspnée, intensité :/10

Anxiété, intensité :/10

Autre symptôme : intensité :/10

Veillez tourner la page SVP →

2. Evaluation ID-PALL :

ID-PALL® G


IDentification des patients nécessitant des soins PALLiatifs Généraux. Les soins palliatifs généraux sont prodigués par les professionnels non spécialisés en soins palliatifs dans tous les milieux de vie et de soins. Répondez à tous les énoncés ci-dessous, par rapport à la situation actuelle du patient :

Espace réservé pour Dito patient

1. Seriez-vous surpris si ce patient décédait dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Le patient est atteint d'une maladie évolutive ou d'un ensemble de maladies/comorbidités qui limite son espérance de vie ET qui présente (plusieurs choix possibles) : un déclin fonctionnel général (avec réversibilité limitée et augmentation du besoin de soutien pour les activités de la vie quotidienne) OU une instabilité marquée durant les 6 derniers mois (définie par : un symptôme non contrôlé du point de vue du patient OU une escarre catégorie ≥3 OU plus qu'un épisode d'état confusionnel aigu, d'infection, d'hospitalisation non programmée ou de chute) OU une souffrance psychosociale ou existentielle du patient ou des proches OU le besoin d'un accompagnement pour la prise de décisions lors de la dernière phase de la vie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Interruption effective ou envisagée des traitements à visée curative ou des mesures de soutien vital (ex : ventilation artificielle, dialyse, alimentation et/ou hydratation artificielle)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Demande de soins de confort/palliatifs par le patient, les proches ou les professionnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez coché **NON à la 1ère question OU OUI à au moins UN des énoncés 2, 3, ou 4,** le patient nécessite selon toute probabilité des soins palliatifs généraux. Merci de vous référer aux recommandations pour la pratique des soins palliatifs généraux et de remplir l'ID-PALL® S à la suite.

ID-PALL® S

 Service de soins palliatifs et de support

IDentification des patients nécessitant des soins PALLiatifs Spécialisés. Les soins palliatifs spécialisés sont prodigués par ou avec des professionnels spécialisés en soins palliatifs. Répondez à tous les énoncés ci-dessous, par rapport à la situation actuelle du patient, **uniquement lorsque l'outil ID-PALL G est positif** :

1. Présence d'au moins un symptôme sévère et persistant, y compris la douleur, n'ayant pas répondu de manière satisfaisante au traitement dans un délai de 48h	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Difficultés à évaluer les symptômes physiques ou les problématiques psychologiques, sociales ou spirituelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Désaccord ou incertitude chez le patient, les proches ou les professionnels concernant p. ex. les traitements médicaux, le code de réanimation ou des décisions complexes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Souffrance psychosociale ou existentielle sévère chez le patient (ex : symptômes anxieux ou dépressifs importants, sentiment d'isolement/d'être un fardeau, perte de sens/d'espoir, désir de mort, demande de suicide assisté)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Souffrance psychosociale ou existentielle sévère chez les proches (ex : symptômes anxieux ou dépressifs importants, sentiment d'épuisement majeur, déstabilisation importante du système familial, perte de sens/d'espoir)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Sédation palliative envisagée (soulagement d'un symptôme réfractaire et intolérable par une diminution de l'état de conscience à l'aide d'une médication spécifique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Projet de soin anticipé ou directives anticipées difficiles à établir avec le patient et/ou les proches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Le patient, ses proches ou les professionnels pourraient, selon vous, bénéficier de l'intervention de spécialistes en soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez coché **OUI à UN des énoncés ci-dessus** : le patient bénéficierait, selon toute probabilité, d'une consultation d'une équipe spécialisée de soins palliatifs

ID-PALL® v1, 2020, F. Telke Lüthi et al.

PROJET POST SÉJOUR USP :

.....

.....

ENVOI DE LA DEMANDE :

- au service des admissions (Flux), par Mail: AdmissionsCTR@ehc.vd.ch, Tel : 079 172 86 45

Réservé médecins, ICUS, ICLIS USP Date et signature :	Préavis Médecins, ICUS, ICLIS USP : <input type="checkbox"/> Accordé <input type="checkbox"/> Refusé Degré de priorité : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Réservé Gestionnaire Flux Date et signature :	Médecin envoyeur contacté vs CMS pour organiser l'entrée le : Date d'entrée : Chambre :