

## DEMANDE D'APPUI

### ÉQUIPE D'APPUI DÉPARTEMENTALE DE SOINS PALLIATIFS DU LOIR-ET-CHER

Centre Hospitalier de Blois – Bâtiment la Roselière 2 – 1<sup>er</sup> étage

☎ 02 54 56 11 24

@ eadsp41@ch-blois.fr

Date de la demande : ...../...../.....

#### PATIENT

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM USUEL : .....

PRÉNOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Téléphone : .....

Médecin traitant : .....

Médecin traitant informé : ☐ Oui ☐ Non

Patient informé de la sollicitation de

l'EADSP 41 : ☐ Oui ☐ Non

#### DEMANDEUR

☐ Patient ☐ Proche ☐ Médecin traitant

☐ IDEL ☐ SSIAD ☐ HAD

☐ EMSP ☐ Service Hospitalier

☐ Autre : .....

Nom : .....

Téléphone : .....

Email : .....

#### PATHOLOGIE – CONTEXTE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### OBJECTIFS ENVISAGES

☐ Douleurs et autres symptômes gênants

☐ Accompagnement du patient, des proches

☐ Projet de soin

☐ Soutien soignants

Merci de nous transmettre les comptes rendus d'hospitalisation / consultation ainsi que les traitements actuels  
sur le mail : eadsp41@ch-blois.fr