

## UNITE DE SOINS PALLIATIFS territoriale

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

Mail Pierre Charlot – 41000 BLOIS

☎ **02.54.55.66.70**

☎ **02.54.56.24.74**

(FAX depuis le CHB : **4074**)

Email : [sec.usp@ch-blois.fr](mailto:sec.usp@ch-blois.fr)

### DOSSIER D'ADMISSION

L'Unité de Soins Palliatifs Territoriale du Centre Hospitalier de Blois a comme vocation d'accueillir des personnes atteintes de maladies létales, en phase palliative, avancée ou terminale, quelles que soient leurs pathologies.

L'USP accueille préférentiellement les situations les plus complexes ou les plus éprouvantes, notamment lorsque tout a déjà été mis en œuvre pour maintenir le patient dans son environnement.

Les patients peuvent provenir de leur domicile, d'un service de soins ou d'un établissement médico-social (EHPAD,...) du département.

Une hospitalisation en Unité de Soins Palliatifs peut être envisagée, par exemple, soit pour soulager le patient de symptômes pénibles (douleurs, vomissements, confusion, angoisse...), soit dans le cadre d'hospitalisation de répit (épuisement de l'entourage, demande du patient...), soit dans un contexte de problématique éthique (proportionnalité des traitements, poursuite ou arrêt de techniques de suppléances vitales, demande de sédation ou d'euthanasie...).

Il est important que le patient et son entourage soient informés des objectifs de l'hospitalisation et que la question d'un éventuel retour au domicile ou d'un accueil dans une structure ait pu être évoquée.

Le patient ou son entourage peuvent venir visiter l'USP afin de nous rencontrer et de connaître l'unité.

- ☛ Merci de bien vouloir remplir le questionnaire qui suit avec le maximum de précisions.
- ☛ Un appel du médecin référent du patient à un des médecins de l'USP est bienvenu.
- ☛ Lors de l'admission :
  - **Le courrier médical de transfert, les transmissions infirmières et si possible le dossier médical devront être transmis.**
  - La présence de membres de l'entourage du patient est vivement souhaitée.

Dr N. MARECHAL  
Dr C. BERANGER-DERIENCOURT

Mme V. BLONDET (cadre du service)  
L'équipe soignante

#### **A FOURNIR AU MEDECIN DE L'USP (par fax ou mail) :**

- *Ordonnance à jour*
- *Courrier médical de transfert*
- *Si possible dossier médical*
- *Dernier bilan biologique*
- *Prochains RDV*

#### **Secrétariat Médical de l'USP :**

Tél : 02.54.55.66.70  
Mail : [sec.usp@ch-blois.fr](mailto:sec.usp@ch-blois.fr)  
Fax : 02 54 56 24 74  
Fax depuis le CHB : 4074

**DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS****DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES**

Date de la demande :

Si patient hospitalisé, date de  
début d'hospitalisation :

Etablissement de Soins demandeur : ..... Service : ..... Tél. : .....

Médecin demandeur : ..... Tél. : .....

Cadre de santé : ..... Tél. : .....

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

Cabinet infirmier libéral : ..... Tél. : .....

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**Nom : ..... Sexe : M  F 

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de sécurité sociale ..... Centre : .....

Situation familiale : Vit seul  Avec conjoint  En structure collective Protection juridique : Non  Oui  (Tutelle  - Curatelle 

Si oui : Nom et numéro de Tél du tuteur ou curateur : .....

**IDENTIFICATION ENTOURAGE :**

<u>Référent familial :</u>	<u>Lien de parenté :</u>	<u>Numéro de Téléphone :</u>
<u>Personne de confiance désignée par le patient :</u>		<u>Numéro de Téléphone :</u>

**DOSSIER MEDICAL**

- Diagnostic principal :
  
- Diagnostics associés :
  
- Histoire de la maladie (date de début, principaux événements, traitements reçus, etc...) :

## - Symptômes physiques :

Douleur	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>	Prurit	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	Occlusion	<input type="checkbox"/>	Troubles hémorragiques	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	Fièvre	<input type="checkbox"/>		

## - Symptômes organo-psychiques :

Anxiété	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	Désorientation	<input type="checkbox"/>

## - Etat clinique du patient :

## - Poids (approximatif) :

**BILAN INFECTIEUX**Si le patient est infecté, origine de l'infection :  urinaire  respiratoire  autreSi identification de bactéries multi-résistantes :  urinaire  respiratoire  autre

Germe :

Mesure d'isolement :  oui  non

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, **un prélèvement bactériologique est nécessaire avant tout transfert**. Dans ce cas, joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir lors de l'admission.

**ASPECTS SUBJECTIFS**

- Que sait le malade sur sa maladie et/ou son pronostic ?
  
- Quelles sont les informations données au patient pour expliquer son accueil en unité de soins palliatifs ?
  
- Existe-t-il un entourage familial ou amical ?
  
- Que sait la famille sur sa maladie et/ou son pronostic ?
  
- Existents-ils des problématiques particulières au sein de l'entourage du patient ?
  - Enfant en bas âge       Conjoint dépendant       Conflit au sein de la famille
  - Autres (merci de préciser) :
  
- Le patient a-t-il été vu par l'équipe mobile de soins palliatifs ou par l'équipe d'appui départementale ?       oui       non
  
- Pourquoi demandez-vous une hospitalisation en unité de soins palliatifs ?

**DEVENIR ENVISAGE :**Retour à domicile : 

- Présence famille/proches       oui       non
- Autres aides envisagées       oui       non
- HAD déjà sollicitée       oui       non

Institutionnalisation : 

- Démarches enclenchées       oui       non
- Établissement demandé

Assistante Sociale en charge du dossier  oui       non

Nom : .....

Tél : .....

**SOINS PARAMEDICAUX**

<b>Soins paramédicaux</b>	sondes - gastrique <input type="checkbox"/> - urinaire <input type="checkbox"/>	trachéotomie <input type="checkbox"/> aspiration <input type="checkbox"/>	pansements <input type="checkbox"/> ..... ..... .....	perfusion <input type="checkbox"/>  PAC <input type="checkbox"/>
	stomies ..... ..... .....	O <sub>2</sub> ..... /mn	escarres <input type="checkbox"/> ..... ..... .....	Midline <input type="checkbox"/> PiCCline <input type="checkbox"/>
			matelas anti-escarres <input type="checkbox"/> Type .....	voie centrale <input type="checkbox"/>  PCA <input type="checkbox"/>

**AUTONOMIE**

<b>Troubles de la vigilance</b>		Coma stade II – III 3	Coma vigil 2	Vigilance normale 1
<b>Comportement</b>	Agressif Opposant 4	DTS 3	Troubles mineurs ou inconstants 2	Normal 1
<b>Continence Urinaire Anale</b>	Non Non 4	Non Oui 3	Oui Non 2	Oui Oui 1
<b>Toilette</b>	Aide complète 4	Aide partielle 3	Installation 2	Seule 1
<b>Alimentation</b>	Aide complète 4	Aide partielle 3	Installation 2	Seule 1
<b>Déplacement – transfert</b>	Aide complète 4	Aide humaine 3	Aide matérielle 2	Seule 1
				<b>Total =</b>

**Traitement**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Noms et fonctions des rédacteurs :**

*Ce dossier d'admission a été élaboré conjointement par les USP de Luynes et de Blois*