

EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

Tél. Secrétariat : 02.97.01.42.81 – Fax Secrétariat : 02.97.01.41.72

Messagerie : emsp-douleur@ch-bretagne-atlantique.fr

Demande de :

- | | |
|--|--------------------------|
| Rendez-vous de consultation externe pour un résident | <input type="checkbox"/> |
| Consultation au lit du résident | <input type="checkbox"/> |
| Avis téléphonique | <input type="checkbox"/> |
| Rencontre avec l'équipe soignante | <input type="checkbox"/> |
| Rencontre avec la famille | <input type="checkbox"/> |

Etablissement demandeur :

Médecin demandeur :

Poste tél. :

Date de la demande :

Fax :

Identité patient (nom-prénom(s)-date de naissance) :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

MOTIF DE CONSULTATION

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Douleur | <input type="checkbox"/> | Prise en charge psychologique | <input type="checkbox"/> |
| Soutien Famille | <input type="checkbox"/> | Soutien Equipe | <input type="checkbox"/> |
| Evaluation sociale | <input type="checkbox"/> | Réflexion sur limitation/arrêt de traitement | <input type="checkbox"/> |
| Symptôme (autre que douleur) | <input type="checkbox"/> | | |

.....
.....

Le patient et sa famille sont-ils informés de la prise en charge de l'Equipe mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ? oui ☐ non ☐

Degré d'urgence de la demande :

Urgent (24 - 48 h) ☐

Rapide (dans la semaine) ☐

RDV à programmer ☐