Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale
OCTOPUS

Demande à adresser :

par mail : emsp@ch-rivesdeseine.fr ou par fax : 01 41 18 32 68

DEMANDE D'INTERVENTION

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

Patient

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM USUEL : .....

PRENOM : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Ville : ..... N° de sécurité sociale : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Personne à contacter : Nom : ..... Lien : .....

Accord du patient : O oui O non Accord des proches : O oui O non

Accord du médecin traitant : O oui O non

Demandeur

Coordonnées :

Nom : .....

Téléphone : .....

Email : .....

O Patient O Proche O Médecin traitant

O IDEL O SSIAD O HAD

O EMSP O Service Hospitalier

O Autre : .....

Pathologie principale / Motif de la demande :

.....

.....

.....

.....

Mode de vie / entourage :

.....

.....

.....

.....

Merci de nous transmettre un compte-rendu d'hospitalisation.

Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale
OCTOPUS

Demande à adresser :

par mail : emsp@ch-rivesdeseine.fr ou par fax : 01 41 18 32 68

Résumé de la situation clinique :

……

……

……

……

……

.

Patient informé du diagnostic : O oui O non

Patient informé du pronostic : O oui O non

Patient rencontré par une EMSP : O oui O non

Traitements actuels :

……

……

……

……

Coordonnées des intervenants professionnels :

Médecin traitant : ……..

Médecin hospitalier : ……

EMSP : ……

IDEL : ……

HAD : ……

SSIAD : ……

Autres : ……

Autres informations complémentaires :

……

……

……

Merci de nous transmettre un compte-rendu d'hospitalisation.