

## FICHE DE SOLLICITATION ETSPP

### EQUIPE TERRITORIALE DE SOINS PALLIATIFS A DOMICILE

**DATE DE LA DEMANDE :** \_\_\_\_\_

#### DEMANDEUR

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° Tel : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

- Médecin traitant     SSIAD     HAD  
 SAAD                     Patient     Entourage  
 Libéraux                 EHPAD     FAM  
 Etablissement / Service

Nom de l'établissement :  
\_\_\_\_\_

Le patient est-il hospitalisé :  Oui  Non  
Si oui, établissement et service :

Date de sortie prévue : \_\_\_\_\_

Urgence de la situation :

- Situation non urgente  
 Intervention souhaitée rapidement  
 En lien avec une sortie hospitalière

#### IDENTITE DU PATIENT

Mme                       Mr

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale :  
\_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE

- Célibataire     Marié(e)     Veuf(ve)  
 PACS             Vit seul(e)     Est aidant(e)  
 Personne à charge au domicile

Mesure de protection :  Oui             Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

#### PERSONNE A CONTACTER

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

#### PATHOLOGIE EN COURS NÉCESSITANT LA PRISE EN CHARGE PAR LES SOINS PALLIATIFS

→ Joindre les CR médicaux et RCP si disponibles

### MOTIF DE LA DEMANDE

Douleur :  Physique  Psychique  Existentielle

Autres symptômes nécessitant l'expertise de l'ETSP : \_\_\_\_\_

Problématique sociale : \_\_\_\_\_

Actions initiées en lien avec la problématique sociale :  Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

Si éléments d'inquiétude, précisez : \_\_\_\_\_

Situation complexe / éthique : \_\_\_\_\_

Fiche urgence pallia déjà rédigée ?  Oui  Non

→ Si oui, à transmettre avec la demande

### INFORMATION DU PATIENT ET DE L'ENTOURAGE

Patient informé du diagnostic :  Oui  Non

Patient informé du pronostic :  Oui  Non

Entourage informé du diagnostic :  Oui  Non

Entourage informé du pronostic :  Oui  Non

Patient prévenu de la demande ETSP :  Oui  Non

Information de son entourage :  Oui  Non

### TRAITEMENT

→ Joindre l'ordonnance

#### RDV PRÉVU(S)

(suivi HDJ, CS, hospitalisation, etc.) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### COORDONNEES DES INTERVENANTS

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Médecin hospitalier : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Etablissement référent : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

IDE libéraux : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Service d'aides à domicile : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

SSIAD, HAD : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Intervenant social : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Fiche à envoyer via la messagerie sécurisée de santé :**

→ [etsp.cba@normandie.mssante.fr](mailto:etsp.cba@normandie.mssante.fr)

→ Joindre également les ordonnances de traitement, CR et RCP