

Unité Mobile d'Accompagnement & de Soins palliatifs

Tel. Secrétariat : **04 77 82 81 00**

Médecins : Pascale VASSAL, Patricia BLANC, Marc ROUSSIER

Cadre de santé : Martine VIAL - Infirmières : Bénédicte BEAL, Christine JULIEN-JAYOL

Psychologue : Elise CAREDDA – Secrétaire : Gisèle DELORD

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION
de L'EQUIPE MOBILE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS (EMASP)
A FAXER AU : 04 77 82 81 01 – (428101 pour le CHU)

ETIQUETTE PATIENT

DATE DE LA DEMANDE :

NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE QUI DEMANDE L'INTERVENTION :

.....

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :

CHU	HORS CHU
SERVICE DEMANDEUR :	<input type="checkbox"/> ETABLISSEMENT :
TEL. POSTE DE SOINS :	TEL :
MEDECIN REFERENT :	<input type="checkbox"/> DOMICILE / ADRESSE :

	TEL. DOMICILE :

	MEDECIN REFERENT :
	TEL. MEDECIN REFERENT :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE D'INTERVENTION :

<input type="checkbox"/> Evaluation clinique - avis thérapeutique : Symptôme(s) présent(s) : <input type="checkbox"/> Questionnement éthique Précisez : <input type="checkbox"/> Aide à la réflexion autour du projet de soins Précisez :	<input type="checkbox"/> Soutien psychologique Patient <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accompagnement de l'entourage <input type="checkbox"/> Soutien de l'équipe référente <input type="checkbox"/> Relaxation/Sophrologie <input type="checkbox"/> Aide rédactionnelle pour les directives anticipées <input type="checkbox"/> Autre :
--	---

Le patient est-il informé de la demande de passage de l'EMASP ? OUI NON

L'entourage est-il informé de la demande de passage de l'EMASP ? OUI NON

L'entourage souhaite-t-il rencontrer l'EMASP ? OUI NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....

Un professionnel de l'EMASP vous contactera rapidement pour convenir ensemble du moment de son intervention