**Demande d’intervention EMASP**

**Patient suivi au Domicile ou en ETS médico-social**

\*\*Vous êtes invités à créer un dossier sur **Globule** pour fluidifier la coordination entre professionnels\*\*

**PATIENT**

ADMINISTRATIF :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques

MODE DE VIE ET CONTEXTE FAMILIAL / POSITION PAR RAPPORT AU DIAGNOSTIC :

Mode de vie :

Situation familiale :

Composition de la famille :

Connaissance du diagnostic :

 Patient ⬜ Famille ⬜

Accord avec la demande d’accompagnement et de soins palliatifs :

 Patient ⬜ Famille ⬜

COMPOSANTES MEDICO-LEGALES :

Coordonnées personne référente :

Coordonnées personne de confiance :

Existence de directives anticipées : OUI ⬜ NON ⬜

**DEMANDEUR**

DATE DE LA DEMANDE :

QUI DEMANDE ?

Médecin traitant ⬜

Mode de communication (mail/ numéro de portable) :

Utilisateur actif de globule OUI ⬜ NON ⬜

En accord avec la demande d’accompagnement et de soins palliatifs : OUI ⬜ NON ⬜

Infirmièr(e) libérale ⬜

Etablissement médico- social ou hospitalier ⬜

 Coordonnées (adresse /🖀) de l’Ets :

 Désignation et coordonnées exactes (identité/🖀) du demandeur :

**MOTIF DE L’APPEL / ENONCE DE LA DEMANDE/ PROBLEMATIQUE** :

**DIAGNOSTIC ET CONTEXTE MEDICAL**

PATHOLOGIE engageant le pronostic :

 Antécédents :

 Si néoplasie métastatique, détail des métastases :

 OMS :

 Connaissance du diagnostic par : Patient ⬜ Famille ⬜

DETAIL DES SYMPTOMES D’INCONFORT :

 Au niveau de la douleur (physique et/ou psychologique) :

 Autres symptômes d’inconfort :

TRAITEMENTS

1 ***– Liste des traitements en cours / Posologie*** :

 Spécifiques :

 Chimiothérapie ⬜

 Radiothérapie ⬜

2 – ***Tolérance des traitements*** :

CONTEXTE PSYCHIQUE :

 Patient :

 Entourage :

CONTEXTE COGNITIF :

RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS :

***Autonomie pour les actes de la vie quotidienne*** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HYGIENE | DEPLACEMENT | ALIMENTATION | ELIMINATION |
| Toilette seule ⬜Toilette au lit ⬜Toilette avec aide ⬜ | Seul(e) ⬜Avec aide ⬜En fauteuil ⬜Ne se déplace plus ⬜  | Seul(e) ⬜Avec aide ⬜Par sonde ⬜Autre  ⬜ | Seul(e) ⬜Protection ⬜Sonde ⬜Stomie ⬜ |

***Etat cutané :***

Sain ⬜ Altéré ⬜

Escarres constitués : OUI ⬜ NON ⬜

 Si oui, localisation :

**CONTEXTE INTERVENTION EQUIPE LIBERALE**

QUI INTERVIENT ?

|  |  |
| --- | --- |
| INFIRMIERE :🖀 Nombre de passage/ semaine :Globule : OUI ⬜ NON ⬜ | MEDECIN TRAITANT :adresse et 🖀 Globule : OUI ⬜ NON ⬜ |
| PHARMACIEN :🖀 Globule : OUI ⬜ NON ⬜ | AUTRES/ Service d’aide à la personne🖀Globule : OUI ⬜ NON ⬜ |