**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 ⬜ |