

FICHE DE SIGNALEMENT SOINS PALLIATIFS PARIS OUEST :

Date de signalement : (Heure)	Date de VAD : Intervenants :
----------------------------------	---------------------------------

1. SIGNALANT : • Nom / Prénom / Fonction :
• Tel / Mail :

2. INFORMATIONS DU PATIENT :

• Nom / Prénom :
• DDN / Âge :
• Adresse / Codes d'accès :

• Téléphones fixe / Portable / Mail :

• **Accord du patient :** Oui ☐ Non ☐
• Nom de naissance :
• Sexe : M ☐ F ☐

3. ENTOURAGE :

• Aidant principal (nom) :
Téléphone / mail :

• Personne de confiance (nom) :
Téléphone / mail :

• **Accord des proches :** Oui ☐ Non ☐
• A domicile : Oui ☐ Non ☐
• Lien :

• Lien :

4. Médecin traitant (Nom / Fonction / Mail / Tel) : • **Accord :** Oui ☐ Non ☐ **Absence de MT** ☐

5. MOTIF DE LA DEMANDE :

• Pathologie principale :

• Résumé de la situation / Symptômes :

• **RAD prévu :**

• Antécédents :

• Traitements actuels :

6. PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANTS (Nom / Fonction / Mail / Tel) :

• Médecin hospitalier :

Service / Hôpital :

• EMSP :

• IDEL :

• HAD :

• SSIAD :

• SAD / AVS :

• Suivi psychologique /psychiatrique :

• Autre :

7. CONTEXTE SOCIAL : Mode de vie / Entourage / Aides sociales :

• APA : Oui ☐ Non ☐

• Fond FNASS : Oui ☐ Non ☐

• Autres aides : Oui ☐ Non ☐

• Patient sous tutelle/curatelle : Oui ☐ Non ☐ Si oui (Nom / numéro / mail)

• Patient informé du diagnostic/pronostic : Oui ☐ Non ☐

• Directives anticipées : Oui ☐ Non ☐

• Demande trajectoire anticipée : Oui ☐ Non ☐ Numéro :

8. ORIENTATION : • DAC SP ☐ palliatifs@m2a-dac75ouest.fr • EMSPT ☐ emsp-territoriale@jeannegarnier-paris.org

• Divers / Autre :