



# DEMANDE D'INCLUSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DES BDR RÉSP13

Merci d'adresser cette demande complétée au Réseau RéSP13

Par mail : **secretariat@resp13.fr** ou par fax : 04 42 63 08 56

## CADRE RÉSERVÉ RÉSP13

Date de réception :

N° DEMANDE

N° PRÉ INCLUSION

N° TERCO

## PATIENT

NOM :

Prénom :

Patient hospitalisé  OUI  NON

Si oui, préciser le service et n° de tél du service

Date de sortie envisagée :

Patient vu par EMSP intra hospitalière  OUI  NON

- Patient/proches acceptent l'intervention du réseau  OUI  NON

- Médecin traitant accepte l'inclusion du patient au réseau  OUI  NON

**DATE DE LA DEMANDE :**

## DEMANDEUR

NOM Prénom :

Tél :

Courriel :

Préciser :  Médecin traitant  IDE libéral.e  Famille/proche, *préciser le lien avec le patient* :

Médecin hospitalier, *préciser l'établissement et le service* :

EHPAD, *préciser nom de l'établissement et la fonction du demandeur* :

Autres, *préciser* :

## PATIENT

NOM D'USAGE :

NOM de naissance :

Adresse :

Tél :

Date de naissance :

Situation familiale :

Prénom :

F  H

Code Postal :

Ville :

Courriel :

Age :

Vit seul.e  OUI  NON

NOM du Régime de sécurité sociale :

Association d'aide à domicile, *préciser le nom et tél de l'association* :

Accompagnement social  OUI  NON, *si oui préciser nom et tél* :

**PERSONNES DE L'ENTOURAGE ou PERSONNES RESSOURCE** (*préciser le lien avec le patient*)

NOM Prénom :

Courriel :

NOM Prénom :

Courriel :

Lien :

Ville :

Lien :

Ville :

Tél :

Tél :

**PERSONNE DE CONFIANCE DÉSIGNÉE** (*selon l'article L.1111-6 du Code de la santé publiques*)

NOM Prénom :

Courriel :

Lien :

Ville :

Tél :



# DEMANDE D'INCLUSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DES BDR RÉSPI3

## PATIENT

NOM :

Prénom :

## MÉDECIN TRAITANT

NOM Prénom :

Tél Cabinet :

Adresse :

Tél mobile :

Courriel :

Fax :

## IDE LIBERAL

NOM :

Prénom :

Tél :

NOM :

Prénom :

Tél :

NOM :

Prénom :

Tél :

## MÉDECIN HOSPITALIER

NOM Prénom :

Tél secrétariat :

Établissement :

Tél mobile :

Service :

Fax :

Courriel :

## AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS

*Nom et tél à préciser SVP*

HAD :

SSIAD :

Prestataire :

Autres :

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

PATHOLOGIE PRINCIPALE :

ANTÉCÉDENTS :

INDICE DE KARNOFSKY :

DIAGNOSTIC CONNU du patient  OUI  NON

PRONOSTIC CONNU du patient  OUI  NON

de la famille  OUI  NON

de la famille  OUI  NON

DIRECTIVES ANTICIPÉES  OUI  NON

**PATIENT**

NOM :

Prénom :

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE** de coordination à préciser **SVP** :

**PRINCIPAUX SYMPTÔMES :**

Symptômes difficiles à contrôler :

Soins de support sollicité(s) :

Soutien social

Soutien psychologique

Soutien des professionnels

Soutien à l'accès aux soins

Soutien des aidants naturels

Autres, préciser :

---

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

---

**TRAITEMENT EN COURS**

**Merci de joindre au dossier les documents médicaux  
compte-rendu d'hospitalisation, évaluation palliative, avis spécialisés ...**

*Les informations recueillies dans ce formulaire font l'objet de traitement par le Réseau RéSP13 ayant pour finalité la qualité de votre prise en charge et la coordination entre les professionnels de santé de nos équipes, ainsi que l'analyse de notre activité, sur la base légale de l'intérêt légitime. Les données sont conservées pendant la durée prévue par les dispositions légales et réglementaires en vigueur conformément au code de la Santé Publique, applicables en matière de conservation des données médicales. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation de vos données. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez vous adresser à : resp13@wanadoo.fr. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle ou vous informer auprès de la CNIL : www.cnil.fr.*