

Centre le Vallespir

Hôpital de Proximité
230, Rue de la méditerranée
66160 LE BOULOU
FAX : 04 68 83 70 23

Bed manager : 04 68 83 70 82
Secrétariat médical : 04 68 83 70 87
Cadre de santé : 04 68 83 70 67
Médecin : 04 68 83 70 69

ÉTABLISSEMENT OU MÉDECIN LIBÉRAL DEMANDEUR (écriture lisible SVP)

Nom :

Service :

Téléphone : Fax :

Médecin référent : Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :

INFORMATIONS PATIENT

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Adresse :

Téléphone :

N° d'immatriculation :

Organisme d'affiliation :

Protection juridique : Tutelle Curatelle

Nom du référent : Téléphone :

Conditions de vie :

Seul, à domicile En famille En institution

Démarches sociales entreprises :

Nom de l'assistante sociale :
qui suit le dossier

Téléphone :



OBJECTIF DU SEJOUR

Objet du séjour :

Soins Palliatifs

Décision commission pluridisciplinaire ?

Oui

Non

INFORMATIONS MÉDICALES

Histoire de la maladie

Histoire de la maladie :

Si cancer évolutif, décision de RCP :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Poids : kg

Taille : cm

IMC :

Antécédents :

-
-
-

Infection en cours : Non Oui

- Germe :
- Site :
- Traitement :
- Date de début :

BMR : Non Oui

- Germe :
- Site :
- Traitement :
- Date de début :

Traitement en cours – merci de joindre une copie de l'ordonnance imprimée :

PER OS	INJECTABLE

Oxygène : Oui Non Débit : Durée/24h :

Autonomie du patient :

- Etat général : Bon Moyen Altéré
- Toilette : Seul Avec aide Lit
- Marche : Seul Avec aide fauteuil Lit
- Comportement : Orienté DTS Fugue Agité
- Elimination : Continent Péniflow Change complet
- Stomie Sonde vésicale : date de pose :

Alimentation :

- Seul : Oui Non
- Régime : Oui Non Type :
- Dénutrition connue : Oui Non

Traitement :

- Nutrition entérale : - Per os : Oui Non
- - Gastrostomie : Oui Non
- - Jéjunostomie : Oui Non
- Nutrition parentérale : Oui Non

Soins :

- Pansement : Non Oui

Localisation : Type :

- Perfusion : Oui Non
- Si oui VVC Chambre implantable KT périphérique

- Besoins complémentaires (Kiné...) :

Préciser.....
.....
.....

Date : Fonction :

Signature :



DESIGNER SA PERSONNE DE CONFIANCE

selon l'art, 1111-6 du code santé publique

Vous êtes admis en hospitalisation à l'Hopital de Proximité «LE VALLESPIR». **La loi du 4 mars 2002** vous donne la possibilité lors de chaque hospitalisation de nommer une personne de confiance, celle-ci peut être un membre de ma famille, un ami ou le médecin traitant. A votre demande, elle vous accompagnera dans vos démarches au centre, pourra assister aux entretiens médicaux, et vous aider dans vos décisions médicales.

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté et ce en dehors des situations d'urgence, elle pourra être consultée par l'équipe médicale, exprimera vos souhaits et recevra les informations médicales.

Vous devez obtenir son accord et l'informer que ses coordonnées figureront dans votre dossier médical et informatique.

Vous restez libre dans votre décision et pouvez à tout moment la révoquer.

Je, soussigné(e):(nom, prénom, date de naissance)

.....
Hospitalisé(e) au centre Le Vallespir au Boulou, déclare être majeur et avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :

- L'état du patient ne permet pas la désignation d'une personne de confiance
- Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance
- Je désire désigner comme personne de confiance

Précisez: Famille, ami, médecin traitant, je l'ai informé de sa désignation comme personne de confiance:

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Adresse :

Téléphone :

Fait le :

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment en utilisant la zone ci-après :
Révocation de la personne de confiance

Fait-le : Signature du patient :