



**FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE**  
**D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS**

Date de la demande : ...../...../..... à : .....h.....

Par : .....

Fonction : .....

Etiquette du patient

Nom

Prénom

Date de naissance

**COORDONNEES DE L'EMASP**

Ouverture :

**du Lundi au Vendredi**

Tél : 04 75 53 47 05

Fax : 04 75 53 47 37

[emasp@gh-portesdeprovence.fr](mailto:emasp@gh-portesdeprovence.fr)

Médecin responsable : **Docteur Isabelle BLANCHET**

Cadre de santé : **Mme AUGIER-LAVIGNE**

Infirmières : **Mme DESFORGES- Mme VERNET**

Psychologue : **Mme BACCONNIER**

Secrétaire médicale : **Mme SANCH**

**PATIENT**

**LE PATIENT DOIT ETRE INFORME DE NOTRE INTERVENTION**

Diagnostic de la maladie :

**Patient en soins palliatifs**     oui                       non

L'information du diagnostic est-elle connue :

☞ Du patient                       oui                       non                       à préciser

☞ De la famille                       oui                       non                       à préciser

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

Etablissement :

☞ Si demande interne :

☞ Si demande externe :

**Service :**

Tél :

**Demande émanant :**

Médecin prescripteur :

du patient

de la famille

Médecin référent du patient :

du médecin traitant

Cadre de santé :

autres

**MOTIFS DE LA DEMANDE**

Douleurs

Difficultés psychologiques

Problème éthique

Difficultés sociales

Besoin de la famille

Autres symptômes

Besoin de l'équipe\*

Soins d'ergothérapie

Préparation RAD

Soins infirmiers

Suivi de deuil

Autres

*\*Dans ce cas l'information au patient n'est pas nécessaire.*

**COMMENTAIRES:**

---

---

---